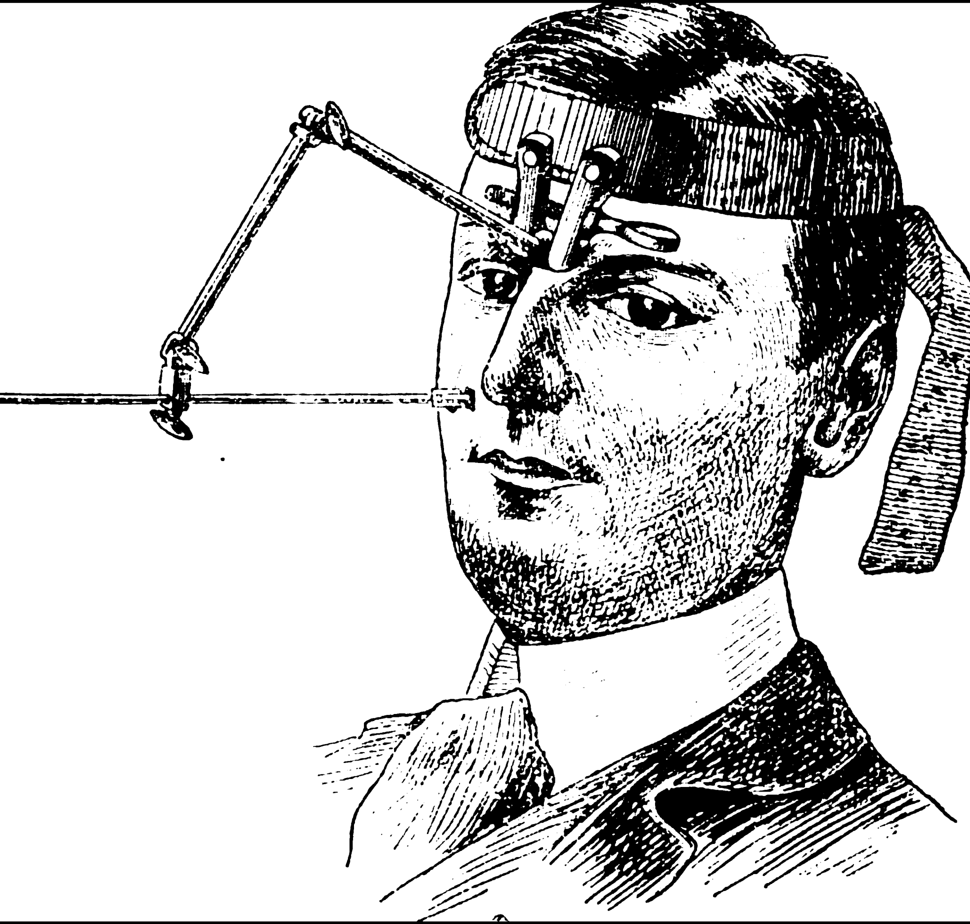
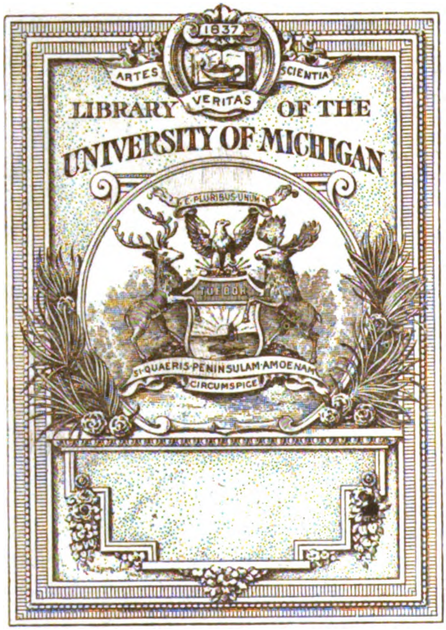


Annales des maladies de l'oreille, du larynx du nez et ...


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ

Médecin des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de
l'hôpital Saint-Antoine

P. SEBILEAU

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des hôpitaux de Paris
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'hôpital Lariboisière

E. LOMBARD

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Secrétaires de la rédaction :

H. BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

H. CABOCHE

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Ancien assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Les ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : France, 20 francs ; Union Postale, 25 francs. — Chacun des volumes des années 1875 à 1905 est vendu séparément 15 francs, moins les années 1886, 1891, 1892 qui ne se vendent qu'avec la collection complète.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 31 années au prix de 465 francs.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de 360 francs.

Prix du numéro 2 francs.

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à M. le Dr E. LOMBARD, 49, rue de Rome, VIIIe, Paris.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à MM. MASSON et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris

TOME XXXII — 1906

DEUXIÈME PARTIE

PARIS

MASSON & Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, VI.

1906

Tome XXXII. — N° 7. — Juillet 1906.

ANNALES

DES MALADIES DE

L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

GOMME DE LA BIFURCATION DES BRONCHES CONSIDÉRATIONS SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA TOUX DE COMPRESSION DANS LES TUMEURS DU MÉDIASTIN

Par **J. GAREL**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'observation que je rapporte ici est un cas assez rare de lésion syphilitique de la bifurcation des bronches. Elle est remarquable par la manière dont j'ai été mis sur la voie du diagnostic, comme on peut en juger d'après l'histoire suivante :

Le 16 février dernier, je reçois à ma consultation une jeune femme de 30 ans environ, habitant une petite commune du département de l'Ain. Elle m'est recommandée par mon excellent confrère, le Dr Perrin de Saint-Claude, qu'elle avait consulté récemment.

Cette malade ne me donne que des renseignements très vagues sur son état. Elle me dit qu'elle a de la pharyngite et qu'elle tousse depuis quelque temps.

En présence de données aussi peu précises, je fais un examen

méthodique du nez et de la gorge. Suivant mon habitude, je commence par la rhinoscopie postérieure. Quel n'est pas mon étonnement, quand je trouve sur le bord supérieur du pavillon tubaire gauche une ulcération anfractueuse, elliptique et taillée à l'évidoir. Je n'hésite pas une seconde, j'en fais une lésion syphilitique tertiaire. Je dois dire en passant que la malade n'a pas éprouvé le moindre symptôme du côté de l'oreille. Cette découverte imprévue devient pour moi le fil conducteur qui va me permettre d'établir un diagnostic complet d'un intérêt exceptionnel.

La voix n'est pas altérée et l'examen du larynx me montre des cordes vocales superbes absolument normales au point de vue de l'aspect et de la fonction. Rien dans le nez, ni du côté du pharynx.

L'examen de la gorge terminé, je veux passer à l'auscultation des poumons. La malade s'est à peine levée qu'elle prend une quinte de toux violente, spasmodique, à timbre caverneux, analogue à la toux de chien. Cette toux réalise le type le plus caracté risé de ce que j'ai décrit, il y a quatre ans, sous le nom de *toux de compression*. — Comme cette toux est pour moi le signe certain d'une compression ou d'une sténose de la trachée ou des bronches, je m'empresse d'examiner à nouveau le larynx ou plutôt la trachée par la méthode de Killian, la malade étant debout, la tête penchée en avant. Ce procédé, on le sait, nous permet d'inspecter la trachée dans toute sa longueur. Je vois alors que la trachée est libre, mais dans le fond, au niveau de la bifurcation, au lieu de voir les deux orifices bronchiques et l'éperon qui les sépare, j'aperçois un gonflement ou mieux une saillie lisse et rouge qui gène la libre introduction de l'air dans les bronches. La bronche droite est plus spécialement masquée en grande partie par cette tuméfaction.

L'idée de lésion syphilitique prend de plus en plus corps dans mon esprit. Je n'ai plus d'autre désir que de vérifier par les anamnesthiques si mon diagnostic est juste afin d'instituer aussitôt un traitement curatif rapide.

La toux si curieuse de compression est de date récente chez ma malade, elle l'a pour la première fois de sa vie. Cette toux a même beaucoup augmenté depuis quinze jours, et elle s'accompagne d'un point douloureux à la base du poumon droit. La malade est très oppressée au moindre effort et rejette après la toux quelques mucosités.

A l'examen des poumons, pas de matité, à peine une légère douleur à la percussion au niveau de la bronche droite. A l'auscultation, quelques sibilances à droite, mais seulement dans les

fortes inspirations. A la radioscopie, je ne trouve aucune ombre anormale.

Je n'ai plus dès lors qu'à diriger mon interrogatoire en vue d'obtenir des renseignements sur les antécédents. Le mari, pris à part, me déclare qu'il n'a jamais eu la syphilis, mais il ajoute qu'il est le second mari de la malade. Sa femme avait toujours eu une bonne santé dans sa jeunesse ; à 22 ans, elle épousa en première noce un homme qui avait 12 ans de plus qu'elle. Au bout de dix-huit mois de mariage, cet homme fut atteint de paralysie générale, à l'occasion de la mort de sa mère. Il mourut après un internement de vingt-six mois dans un asile.

La malade se souvient que, deux ou trois mois après son premier mariage, elle eut pendant un mois des boutons aux grandes lèvres. Pendant son veuvage elle se plaignit de migraines intenses jour et nuit. Elle eut encore des boutons sur les membres inférieurs et sur le cuir chevelu. Le Dr Perrin, consulté à cette époque, songea à des lésions syphilitiques. Elle se remaria à 28 ans et eut un enfant bien portant, sans fausse couche antérieure.

En présence de ces renseignements et des symptômes constatés à l'heure actuelle, je prescris un traitement spécifique. Comme la respiration est passablement gênée, je n'ose débuter, suivant mon habitude, par l'iodure de potassium. Je conseille au Dr Perrin de lui faire chaque jour, pendant dix jours, une injection d'Enésol. Les injections sont pratiquées du 19 au 28 février.

Je revois la malade le 2 mars. A partir de la sixième injection les nuits n'ont plus été troublées par la toux. L'appétit qui avait disparu s'est assez rapidement rétabli. La respiration est meilleure. Les quintes de toux qui éclataient deux ou trois fois par nuit et étaient suivies de vomissements, ont pour ainsi dire cessé dès la deuxième piqûre. L'oppression n'a bien cédé que vers la deuxième injection. Ainsi, le 28 février, elle a fait, à son grand étonnement, une course urgente et pressée sans oppression et sans quinte de toux. Elle monte maintenant les étages sans fatigue.

A l'examen, je constate que l'ulcération de la trompe gauche est moins large et moins profonde. Il existe, entre la trompe et la paroi postérieure du pharynx, une petite synéchie qui était masquée par le gonflement lors du premier examen. Du côté de la bifurcation, la tuméfaction vue primitivement est moins prononcée, bien qu'il soit difficile encore de bien voir l'orifice de la bronche droite. La toux de compression est moins spasmodique, moins suffocante, elle est néanmoins assez belle pour que je puisse l'enregistrer avec succès sur le phonographe. A l'auscultation, je

perçois quelques râles sonores à droite dans les grandes inspirations. La respiration est d'ailleurs un peu rude de ce côté dans toute la hauteur.

Maintenant que le premier danger a disparu, je conseille de prendre chaque jour une dose de 4 grammes d'iodure de potassium et de 2 centigrammes d'extrait de belladone. La malade commence ce nouveau traitement le 10 mars, elle n'avait pris aucun remède depuis la série des injections mercurielles.

Je revois la malade le 26 mars. L'iodure a été fort bien toléré, et dès le troisième jour la douleur thoracique droite disparaissait comme par enchantement. Depuis une dizaine de jours, il n'y a plus la moindre oppression. L'état général est excellent. La toux conserve encore un peu les caractères de la toux de compression, mais ce timbre spécial ne s'entend plus invariablement dans toutes les quintes. L'ulcération du pavillon tubaire est cicatrisée, il ne reste plus qu'une petite bride cicatricielle. Du côté de la trachée la proéminence de la bifurcation me paraît bien diminuée, ce qui d'ailleurs s'accorde avec la disparition notable des symptômes. Aux poumons, moins de rudesse à droite. Il n'y a plus de quintes violentes et plus de vomissements. Je conseille de continuer quelques temps encore l'iodure à la même dose. La malade me déclare spontanément que l'iodure a causé un changement plus rapide et une amélioration plus importante que les injections mercurielles.

Dans une lettre datée du 26 avril, la malade m'annonce qu'elle va toujours bien. La toux, dit-elle, est moins hurlante et diminue progressivement. Les nuits sont très calmes. Elle demande si elle peut diminuer la dose d'iodure de potassium.

Le grand intérêt de cette observation réside dans la façon dont le diagnostic a été posé. C'est, en effet, par une trouvaille dès le début de mon examen, que j'ai pu acquérir une notion étiologique certaine. La constatation de la gomme ulcérée du pavillon tubaire, gomme qui ne donnait lieu à aucun trouble fonctionnel, m'a permis de penser d'emblée que j'étais en présence d'une malade sous le coup de lésions tertiaires. Puis lorsque j'ai entendu tousser la malade, j'ai reconnu la toux caractéristique de compression bronchique. Cette toux m'a alors engagé à pousser mon examen au delà du larynx et m'a fait découvrir la lésion la plus importante localisée au niveau de la bifurcation des bronches.

Cette lésion que j'ai considérée comme une infiltration gommeuse n'était pas ouverte. On pourrait donc se demander s'il s'agissait ici d'une gomme proprement dite de la bifurcation ou bien d'une infiltration spécifique du groupe ganglionnaire situé au-dessous de la bifurcation. Cela importe peu dans l'espèce, car le traitement ayant été institué avant la production de l'ulcération, on ne peut dire si la saillie pathologique appartenait en propre à la bifurcation ou si elle résultait d'un refoulement par une masse ganglionnaire, comme il a été observé dans certains cas. Toutefois, comme la toux de compression a diminué de fréquence et d'intensité par le traitement spécifique, et que les rares quintes qui persistent conservent encore le timbre tubo-creux atténué de la toux de compression, on peut en conclure que les lésions devaient être plutôt pariétales et qu'elles se propageaient dans la bronche droite. Là elles ont dû, par rétraction cicatricielle, entraîner un certain degré de sténose. Ce rétrécissement permanent possible n'aurait pu être la conséquence d'un gonflement ganglionnaire de voisinage qui, certainement aurait disparu, sous l'influence du traitement.

Je traitais cette malade depuis quelques jours, lorsque je reçus le n° 1 du *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, du 28 février 1906. A la première page de ce journal était encartée, hors texte, une planche indiquant une lésion syphilitique tertiaire bourgeonnante de la bifurcation des bronches. Il s'agissait d'un cas observé et traité par H. V. Schrötter. Cet auteur avait diagnostiqué la lésion par la trachéoscopie directe au moyen d'un tube de 10 millimètres de diamètre. La lésion obstruait les deux bronches, la gauche surtout. Il enleva même une parcelle pour l'examen microscopique. Le traitement mixte donna un excellent résultat. En moins d'un mois le malade était presque guéri et il ne restait plus que quelques déformations cicatricielles inévitables au niveau de la bifurcation. Ce cas démontre que l'endoscopie permet actuellement de préciser exactement la cause d'une difficulté respiratoire et d'orienter le traitement dans sa voie véritable et certaine.

Pour ma part, je pense que l'endoscopie au moyen des tubes rachéo-bronchoscopiques est même le plus souvent inutile,

puisque, avec le simple miroir, en suivant les anciennes indications de Killian, on peut inspecter la bifurcation des bronches dans la grande majorité des cas. L'examen avec les tubes ne devient nécessaire que si l'on veut pousser plus loin l'investigation du côté des bronches, ou si l'on veut enlever une parcelle de la production pathologique en vue d'un examen au microscope.

Je tenais à rapporter ce cas si intéressant qui est tombé sous mes yeux quinze jours seulement après que je venais de porter un diagnostic semblable.

H. v. Schrötter cite encore un cas de Nowotny concernant un malade de la clinique de Pieniazek, dans lequel on appliqua la trachéobronchoscopie directe pour dilater une formation cicatricielle de la bifurcation. Un cas semblable avec rétrécissement de la bronche droite a été mentionné par P. Reinhard en 1905 (*Monatssch. f. Ohren.*)

On ne saurait trop insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce de ces lésions, car abandonnées à elles-mêmes, elles évoluent en donnant naissance à des cicatrices rétractiles capables de compromettre la vie des malades. Le traitement spécifique appliqué de bonne heure permet d'éviter la formation de ces graves sténoses de l'appareil respiratoire.

Les lésions syphilitiques ne sont point les seules à déterminer des sténoses des voies respiratoires. De nombreuses lésions peuvent aboutir au même résultat. Nous citerons chez l'adulte, les anévrysmes, le cancer de l'œsophage, les goitres volumineux ou plongeants, le cancer du hile du poumon, etc. Chez l'enfant c'est l'adénopathie trachéo-bronchique que l'on rencontre le plus souvent.

Nous sommes actuellement richement pourvus de procédés pour diagnostiquer ces diverses lésions. Outre les recherches cliniques ordinaires, nous avons la trachéoscopie au simple miroir, puis la nouvelle méthode de trachéo-bronchoscopie. Ajoutons à cela la radioscopie qui ne sera pas moins utile pour fixer un diagnostic incertain. Citons enfin la laryngoscopie vulgaire qui indiquera les paralysies unilatérales, plus rarement bilatérales du larynx.

A ces différents signes je tiens à ajouter, comme occupant un

rang de premier ordre, la *toux de compression* sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention en 1902 à la *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*. La même année, un de mes distingués élèves, le Dr Varay, en a fait une étude très complète dans sa thèse inaugurale, ayant pour titre : *Toux de compression* (*toux aboyante*) *signe de rétrécissement trachéal ou bronchique.*

Cette toux a une importance considérable pour le diagnostic de toutes les affections du médiastin et pour certaines affections du cou. Elle est pour ainsi dire inconnue en dehors de la région lyonnaise. Dernièrement, je lisais un fort intéressant mémoire de Pieniazek, ayant pour titre : « diagnostic des tumeurs du cou et du médiastin d'après l'examen laryngoscopique » (*Revue hebd. de Laryng.*, 31 mars 1906). Comme le titre l'indique, l'auteur insiste particulièrement sur la valeur diagnostique de la paralysie du larynx. Il passe en revue les troubles provenant de l'altération des parois du tube laryngo-trachéal, puis les troubles fonctionnels dus à la compression des récurrents. Enfin, il aborde les troubles de compression des parois qu'il diagnostique par la déviation du larynx, de la trachée et par les paralysies des cordes vocales. Nulle part, il n'est fait la moindre allusion à cette toux spéciale qui, pour moi, a une valeur bien plus importante que la paralysie récurrentielle.

D'abord la paralysie du récurrent n'est pas un signe exclusif de compression cervicale ou intrathoracique. Elle peut être due à une lésion nerveuse centrale, corticale ou intra cérébrale, bulbo-protubérantielle, etc. Elle peut être aussi de nature rhumatismale ou d'origine infectieuse ou toxique. Elle ne limite donc point le diagnostic sur un territoire déterminé. Tandis que la toux de compression est un signe exclusivement lié à une lésion cervico-thoracique. Elle permet de faire le diagnostic d'une affection médiastinale sans le secours de la paralysie du récurrent. Si la paralysie coexiste, c'est encore la toux de compression qui permet d'affirmer que le récurrent ne peut être touché que dans la région cervico-thoracique. La paralysie, dans ce cas, n'est qu'un appoint complémentaire confirmant la compression et rien de plus.

Je ne veux pas détrôner en quelque sorte la paralysie du

récurrent et amoindrir sa valeur au point de vue du diagnostic. En effet, s'il y a des compressions de l'arbre respiratoire qui ne compriment pas le récurrent, il y a, par contre, des paralysies du récurrent d'origine thoracique sans compression des voies aériennes. Dans ces deux hypothèses, chacun des deux symptômes garde sa valeur propre tout entière. Tout dépend en somme des régions englobées par l'affection médiastinale. C'est là une simple question géographique à élucider d'après les données anatomiques. On peut, de la sorte, par l'association ou la dissociation de la paralysie du récurrent et de la toux de compression, établir un diagnostic de localisation régionale plus précis.

En résumé, dans les affections du médiastin il peut se présenter trois cas différents :

1° *Toux de compression seule.* — Cette toux provient des profondeurs du médiastin. La compression porte sur la trachée ou sur les bronches. Le plus souvent ici elle est la conséquence d'une lésion sténosante intrabronchique ou intratrachéale pouvant remonter jusqu'à la région sous-glottique. Toutes les lésions syphilitiques rentrent dans cette catégorie, témoin le cas qui fait l'objet de cette communication. L'année dernière, j'ai pu grâce à cette toux découvrir un enchondrome sous-glottique.

Mais la toux de compression est également un signe de sténose par compression externe des conduits trachéo-bronchiques, comme on le voit dans les goîtres plongeants. Souvent elle a été le seul signe qui m'ait conduit à la recherche et à la découverte d'une ectasie de l'aorte.

2° *Toux de compression avec paralysie uni ou bilatérale du larynx.* — Dans ces cas qui peuvent comprendre toutes les lésions ou tumeurs du cou et du médiastin, les deux signes apportent chacun un concours égal au diagnostic, en donnant des notions plus exactes sur le siège et sur l'importance de la lésion.

3° *Paralysie de l'un ou des deux récurrents sans toux de compression.* — Ici le diagnostic est plus difficile, car l'absence de toux de compression laisse le champ ouvert à toutes les hypothèses que l'on est en droit d'émettre à propos d'une

paralysie d'un récurrent. A moins de signes révélateurs très spéciaux, il faut envisager toutes les lésions qui peuvent englober le nerf depuis ses origines corticales jusqu'à son extrémité inférieure. Combien la toux de compression, si elle existait, rendrait la localisation plus facile !

J'en ai dit assez, je crois, pour affirmer la haute valeur du signe que j'ai décrit, pour démontrer que cette toux, à elle seule, permet de rétrécir le cercle des recherches dans un rayon absolument limité. Elle est appelée à prendre une place considérable dans le diagnostic des tumeurs du cou et du médiastin.

Ce signe m'a rendu de nombreux services dans ces dernières années. Dès que je le constate, mon siège est fait et j'examine mon malade dans un sens très précis. Je contrôle le diagnostic par la radioscopie. S'il existe une tumeur médiastinale, l'écran nous l'indique souvent ; mais si la radioscopie est négative, on complète l'examen par l'exploration interne des voies respiratoires suivant la méthode nouvelle de trachéo-bronchoscopie.

Je n'ai pas l'intention de faire ici une étude détaillée de la toux de compression. Je renvoie pour cela à la thèse très documentée de Varay (*loc. cit.*) qui s'appuie non seulement sur la clinique, mais aussi sur la clinique contrôlée par l'autopsie.

En somme, on peut dire que *toux aboyante = compression ou sténose de l'arbre aérien*. Mais qu'entend-on par toux aboyante? Dans ma première note sur ce sujet, je disais que lorsqu'on parcourt les observations éparses dans la science touchant les adénopathies et les tumeurs du médiastin, on se rend vite compte de la confusion qui règne dans l'esprit de tous les auteurs. Depuis, la toux coqueluchoïde de Guéneau de Mussy et de Baréty, jusqu'à la toux férine, rauque, sonore, ce ne sont qu'adjectifs sans nombre qui témoignent d'un défaut total de précision. D'ailleurs, dans tous les cas où l'on parle d'une toux spéciale, on n'y attache aucune importance particulière ; on n'a vu là qu'un symptôme banal qui vient s'ajouter à d'autres. Le plus souvent on semble la confondre avec la toux coqueluchoïde si différente d'ailleurs.

Il serait bien difficile de définir la toux de compression c'est une toux creuse à retentissement spécial. Je recommande

à ceux qui veulent se former l'oreille à son timbre spécial, de faire tousser un malade atteint de goître plongeant. C'est une toux tellement caractéristique que l'on ne peut l'oublier quand on l'a entendue une seule fois.

Pour mieux fixer l'attention de mes collègues, j'ai enregistré sur le phonographe la toux de quatre malades observés récemment. En premier lieu celle de ma malade atteinte de gomme de la bifurcation. Viennent ensuite un cancer du corps thyroïde, un goitre plongeant et un anévrysme de l'aorte. En 1902, lors de ma première publication, j'avais procédé de la même manière, convaincu que cela valait mieux que toutes les descriptions imaginables.

II

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE A PNEUMOCOQUE, D'ORIGINE OTIQUE

Par **Francois FURET** (Paris),

Si j'en juge par le nombre restreint d'observations qui ont été publiées, la méningite cérébro-spinale d'origine otique serait une affection relativement peu fréquente. C'est pourquoi j'ai pensé qu'on ne lirait pas sans intérêt l'observation suivante, relative à un cas de ce genre :

Le 9 mars dernier, venait à ma consultation, adressé par mon ami, le Dr Lemoult, le jeune Gaston M..., âgé de 16 ans, qui se plaignait de ressentir depuis six jours, dans l'oreille droite, des douleurs assez vives, accompagnées d'un peu de surdité.

Cet état présentait ce caractère un peu particulier d'être survenu sans raison apparente, en pleine santé, sans avoir été précédé de grippe, ni d'angine, ni de la moindre attaque de coryza. Je note, et ceci a une certaine importance, que ce jeune homme a l'habitude inexpliquée, la manie, pourrait-on dire, de répéter plusieurs fois par jours l'épreuve de Valsalva.

C'est un grand garçon, d'aspect assez robuste et dont l'histoire pathologique est sans intérêt. Actuellement, à part sa douleur d'oreille, qui va jusqu'à le priver d'une partie de son sommeil, son état général est satisfaisant.

A l'examen, le nez et le pharynx paraissent normaux. Le tympan droit est très rouge et manifestement bombé. L'apophyse, et toute la région péri-auriculaire, sont absolument indolentes. Séance tenante, je fais une large paracentèse, après anesthésie avec le mélange de Bonain. Il n'y a pas de pus collecté et je retire seulement un peu de sérosité sanguinolente.

Le cas me parut si simple que je me contentai de prescrire des

pansements à la glycérine phéniquée, et que je renvoyai le malade au Dr Lemoult, en le priant de me prévenir s'il survenait quelqu'accroc dans le cours du traitement.

Le 21 mars, c'est-à-dire 12 jours après, le malade revient de nouveau à ma consultation, se plaignant encore de douleurs passagères, et de l'abondance de l'écoulement. Je constate en effet que le conduit est rempli de pus. Après nettoyage, j'aperçois le tympan toujours rouge, mais la perforation est demeurée largement suffisante, et il n'y a en somme aucun signe de rétention. L'apophyse reste normale. Mon malade est gai ; son état général me paraît entièrement satisfaisant.

Je ne le revis que le 26, quelques heures avant sa mort.

Voici, d'après les renseignements que j'ai pu recueillir, ce qui s'était passé dans l'intervalle : dès le soir même du 21, le jeune M... se plaignit de maux de tête, de nausées et de malaise, et il semble bien que, dès ce jour-là, il y eut un accès de fièvre. Cet état persista durant quatre jours, sans que l'entourage s'en préoccupât sérieusement. Il faut dire d'ailleurs que, malgré la céphalée, l'inappétence et le trouble de l'état général, le malade continuait à se lever et à s'occuper, sans sortir de l'appartement, de différents objets. Brusquement, le 25 dans la soirée, la situation s'aggrave : céphalée intense d'abord, puis vomissements alimentaires et malaise général. Le malade se couche, la nuit est mauvaise : insomnie, agitation, délire, nouveaux vomissements. Le lendemain matin, à 11 heures, devant l'aggravation des symptômes, la famille se décide enfin à prévenir le Dr Lemoult, qui m'avise à son tour. Nous nous rencontrons près du malade à 5 heures. La maladie avait fait de nouveaux progrès. Nous sommes frappés de suite par l'aspect misérable du patient, son facies amaigri, tiré, grisâtre et déjà marqué par la mort. Il est couché en chien de fusil, somnolent, les mains sans cesse agitées de tremblements, poussant par instants de petits cris plaintifs. Sa respiration a le rythme de Cheyne-Stockes. Sur notre appel, il nous reconnaît, mais il paraît ne pouvoir fixer son attention au delà de quelques secondes et reprend tout aussitôt un état semi-comateux. Il se plaint de mal de tête très violent, de douleurs dans tous les membres. Nous l'examinons avec difficulté, tout changement de position provoquant de nouvelles douleurs. Le pouls est extrêmement rapide, au-dessus de 140. La température rectale dépasse 40°. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière, mais il y a de la photophobie. Le signe de Kernig est très marqué ainsi que la raideur de la nuque. Il y a en même temps de la

paralysie des sphincters, les draps ont été mouillés depuis le matin à plusieurs reprises. Du côté de l'oreille, aucune modification ne s'est produite. L'écoulement est toujours abondant et le tympan ne bombe pas. Le conduit est large, et la région apophysaire est absolument normale et insensible.

Malgré ces signes de non-rétention, je m'efforce d'élargir au couteau ma première paracentèse. Dès ce moment d'ailleurs, notre opinion au Dr Lemoult et à moi-même était que nous nous trouvions en face d'un cas de méningite cérébro-spinale, à généralisation extrêmement rapide, et que l'état du malade ne comportait aucune intervention chirurgicale du côté de l'oreille, ni du côté du crâne. Nous convenons toutefois de pratiquer le soir même une ponction lombaire.

Le soir, à 9 heures, je fis la rachicentèse et tirai environ de 15 à 20 centimètres cubes d'un liquide franchement trouble. L'état du malade ne s'était pas modifié, et l'avis du Dr Luc, que nous avions prié de se joindre à nous, fut entièrement conforme au nôtre. La possibilité d'un recours chirurgical fut nettement écartée. On résolut seulement de tenter des injections intra-veineuses du collargol. Nous devions, dans ce but, nous rencontrer le lendemain matin avec le Dr Netter, mais dans la nuit le malade succombait.

Le liquide de la ponction examiné par Netter, renfermait uniquement des pneumocoques.

Il est évidemment regrettable que l'examen bactériologique du pus de la caisse n'ait pas été fait. Nous pensons cependant qu'il est raisonnable d'admettre qu'il contenait du pneumocoque et que l'otite a été le point de départ de la méningite. On sait, depuis les travaux de Netter (1) que l'otite à pneumocoques peut exister à l'état isolé primitif, sans être obligatoirement précédée ni accompagnée de pneumonie. On sait aussi, d'après Frankel et d'après Netter, que le pneumocoque peut se rencontrer dans la bouche et le pharynx, en dehors de toute pneumonie.

(1) Netter. — La méningite due au pneumocoque (*Archives gen. de méd.*, 1887).

Netter. — Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës (*Annales des mal. de l'oreille*, 1888).

Dès lors, on peut s'expliquer comment notre malade, habitué du Valsalva, a pu infecter une oreille sans inflammation préalable du naso-pharynx. De l'oreille, le pneumocoque a gagné la cavité crânienne par une des nombreuses voies qui lui étaient offertes, et cela sans aucun signe de rétention du côté de la caisse, sans propagation à l'apophyse mastoïde, sans que rien en un mot pût faire soupçonner une complication quelconque.

Il est remarquable en effet, que l'otite fut, au moins en apparence, une otite banale et d'intensité plutôt médiocre puisqu'elle ne s'accompagnait d'aucun retentissement mastoïdien, ni, durant les premiers jours, d'aucun trouble de l'état général. C'est un fait, déjà bien mis en lumière, que la complication méningée n'est nullement en rapport avec le plus ou moins de gravité de l'otite.

Netter (1) rapporte à ce sujet une observation de Leyden, dans laquelle il s'agit d'une femme de 56 ans, qui succomba à une méningite pneumococcique, consécutive à une otite double. Or, cette otite était déjà guérie au moment où la méningite fit une apparition, ainsi que l'autopsie de la malade le démontra.

Dans l'observation de Lubet-Barbon (2), l'otite fut également très peu importante. Il en est de même dans la plupart des cas.

Un autre point intéressant dans le cas qui nous occupe est la rapidité avec laquelle l'affection a évolué vers la terminaison fatale. Dès que les grands symptômes de la méningite se sont manifestés : céphalée, vomissements, raideur de la nuque, signe de Kernig, etc..., l'état du malade est apparu désespéré, et 36 heures plus tard, la mort survenait. Dans les observations que nous connaissons, celle de Netter, Lubet-Barbon, Lermoyez (3), Vaquez (4), Royet (5), etc., la maladie n'eut pas cette marche foudroyante.

(1) Netter. — *Ann. des mal. de l'oreille*, 1888, p. 524.
(2) Lubet-Barbon. — *Arch, de laryng.*, 1900, p. 336.
(3) Lermoyez. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1er février 1901.
(4) Vaquez. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 8 mars 1901.
(5) Royet. — *Th.* de Paris, 1905.

III

LA PARALYSIE DU MOTEUR OCULAIRE EXTERNE AU COURS DES OTITES

Par **TERSON** (Toulouse) et **A. TERSON** (Paris).

Il est toujours impressionnant, au cours d'une otite purulente, de voir survenir, surtout chez un enfant, une diplopie persistante, accompagnée de tous les signes de l'impotence d'un muscle de l'œil. Parents et médecin se sentent hantés par la crainte d'une terminaison mortelle, soit par méningite, soit par thrombo-phlébite des sinus veineux intra-crâniens.

Cependant, la paralysie oculo-motrice n'est pas toujours un signe précurseur de ces graves complications. Tantôt isolée, tantôt même accompagnée de névrite optique, elle guérit le plus souvent, comme en témoignent les observations suivantes.

OBSERVATION I. — (TERSON, de Toulouse). — Mlle L..., 12 ans, grande et fortement constituée pour son âge, est amenée, le 5 mars 1905, à la consultation du Dr Terson à Toulouse.

Elle était atteinte d'une otorrhée du côté droit et d'une diplopie dont les caractères, joints à la constatation de l'impuissance complète du muscle droit externe, démontraient l'existence d'une paralysie du nerf moteur oculaire externe du côté droit.

Les antécédents personnels étaient les suivants : il existe de l'ozène traité dès l'enfance par des irrigations nasales qui l'ont notablement atténué. La conformation du nez, du palais, des incisives, du visage lui-même et du front, ne présente aucun des caractères hérédo-syphilitiques. On ne trouve non plus aucun antécédent ou concomitant pouvant faire penser à la tuberculose. Le père nie la syphilis : la mère est morte à 30 ans d'un diabète compliqué d'albuminurie.

Le Dr Oulié (de Toulouse) donnait ses soins, pour la deuxième

fois, à 15 mois d'intervalle, à cette jeune fille pour une otite du côté droit, suivie de perforation du tympan. Il avait constaté, lors de la première atteinte d'otite, une *paralysie faciale* du même côté qui dura 6 semaines. Au début de la nouvelle poussée d'otite, il se produisit une intense mastoïdite droite aiguë, avec gonflement de la région, rejet du pavillon en avant, température élevée (39°), céphalées et mauvais état général.

Au moment où une intervention allait s'imposer, ces symptômes s'amendèrent avec l'apparition, au vingtième jour, d'une otorrhée. Le Dr Escat (de Toulouse), consulté sur l'état de l'oreille, ne trouve rien d'inquiétant : le tympan était bien cicatrisé. C'est alors qu'un degré notable de strabisme convergent et de diplopie apparut et que la malade fut conduite à l'examen ophtalmologique. La paralysie du moteur oculaire externe droit était totale, avec tous ses caractères classiques.

L'acuité visuelle de cet œil était normale, après correction d'un faible astigmatisme, et l'examen ophtalmoscopique ne montra ni névrite optique, ni stigmates spéciaux, ni choroïdite ancienne ou récente. Nous conseillâmes, néanmoins, un traitement hydrargyrique (une friction à 4 grammes et de l'iodure 2 grammes par jour). Peu à peu une amélioration très nette se montra : l'otite guérit lentement en même temps que la paralysie rétrocédait elle-même.

Deux mois après le début de la paralysie, la diplopie ne se produisait que dans la partie tout à fait externe du champ du regard. Des séances régulières d'électrisation furent faites : la guérison était complète trois mois après l'apparition de la diplopie.

Actuellement, la motilité de l'œil droit est normale : il y a parfois une très légère tendance à un faible strabisme convergent, si la malade ne porte pas ses verres cylindriques.

La guérison de l'otite reste complète et la santé générale excellente.

OBS. II. — (A. TERSON). — Le jeune R..., âgé de 7 ans, est envoyé, le 6 juillet 1903, au Dr A. Terson (de Paris) par le Dr M. Soupault, médecin des hôpitaux. Il est atteint depuis trois semaines, à gauche, d'une otite moyenne purulente, d'origine grippale, ayant entraîné en quatre jours une perforation du tympan.

Depuis huit jours, il voit les objets doubles, l'œil gauche est en strabisme convergent accentué et l'impotence fonctionnelle du muscle droit externe est totale. Diplopie homonyme surtout marquée dans le champ latéral externe.

La paralysie a duré à peu près autant que l'otite elle-même, un peu plus de deux mois ; elle a ensuite guéri totalement lorsque l'écoulement purulent a été tari depuis une dizaine de jours. Le petit malade n'a pris pendant tout ce temps que du sirop iodo-tannique du codex. Le tympan s'est entièrement cicatrisé, comme le Dr Boulay l'a constaté. Il n'y a eu à aucun moment de symptômes mastoïdiens.

L'enfant n'a pas d'ozène : ses dents, son nez, son visage, sont normaux. L'acuité visuelle est normale : il n'y a et il n'y a eu aucune trace de lésion du fond de l'œil : aucun stigmate hérédo-syphilitique : et cependant le père, autrefois atteint de syphilis, est devenu, il y a un an, paralytique général. La mère se porte bien : il n'y a eu aucun autre enfant, aucun avortement.

Ces constatations nous ont engagé à faire une incursion bibliographique, qui, d'ailleurs nous a permis de retrouver plusieurs faits analogues. Nous éliminons, bien entendu, les cas qui feraient partie de la symptomatologie d'une méningite ou d'une thrombo-phlébite intra-crâniennes déclarées, où la paralysie oculo-motrice ne serait qu'un simple épiphénomène.

Gervais signale (1) deux observations prises dans le service de Tillaux où, au cours de complications mastoïdiennes, il y eut du même côté que l'otite, du strabisme interne avec diplopie : dans les deux cas, Tillaux pense à « une irritation des nerfs de la dure-mère ». Dans le premier cas, les phénomènes oculaires disparaissent dès le lendemain de la trépanation : dans le second, après l'incision d'un abcès sous-périostique, le strabisme et la diplopie disparaissent peu à peu, en quelques jours.

Sutphen rapporte (2) un cas de carie du rocher consécutive à une otite datant d'une quinzaine d'années : il y eut finalement, peu de temps avant la mort, une paralysie totale de la sixième paire du même côté et une névrite optique bilatérale. Il y avait une thrombose du sinus latéral droit. Ce cas diffère sensiblement des nôtres et des suivants.

(1) Gervais. — Des abcès mastoïdiens liés aux affections de l'oreille. *Th. de Paris*, 1879.
(2) Sutphen. — *Zeitschrift für Ohrenheilk.*, XIII, 1884.

Boerne Bettmann a publié (¹) une observation de paralysie de l'oculo-moteur externe du même côté qu'une otite moyenne suppurée et qui guérissent l'une et l'autre.

Keller (²) a vu apparaître chez un enfant de 7 ans, convalescent de la rougeole, une otite moyenne suppurée du côté gauche, avec névrite optique bilatérale et paralysie du moteur oculaire externe gauche.

Styx (³) a également observé chez un jeune homme une otite moyenne compliquée, du même côté, d'une névrite optique et d'une paralysie du droit externe.

Schubert (⁴) a observé un abcès du cerveau à la suite d'une otite qui engendra une paralysie du moteur oculaire externe du même côté et une monoplégie brachiale du côté opposé, avec mort du malade.

La paralysie de la sixième paire fut ici le premier symptôme d'un abcès cérébral.

Notre confrère Söderlindh nous signale un mémoire très récent de Forselles (d'Helsingfors), contenant, outre une observation personnelle, des faits dûs à Spira, Habermann, Goris, Gradenigo, d'Apostolo, Citelli, Brieger. Valude en a vu également un cas (*Soc. franç. d'opht.*, 1906.)

Y a-t-il eu d'abord une simple *coïncidence* de l'otite et de la paralysie ?

Ceci ne paraît pas devoir être mis en discussion. Dans nos cas comme dans les observations antérieures, la paralysie du moteur oculaire externe siégeait toujours du même côté que l'otite. Il faut remarquer que la névrite optique a été souvent aussi unilatérale et du même côté. C'est pendant l'évolution de l'otite qu'apparaît et disparaît parallèlement la complication oculaire. Enfin on a exceptionnellement noté la paralysie du moteur oculaire commun et celle du pathétique, tandis qu'on a vu nombre de faits concernant la paralysie otitique du moteur oculaire externe. C'est qu'après la classique para-

(1) Boerne Bettmann. — *Journal of the american Assoc.*, janvier 1887.
(2) Keller. — *Monatschrift für Ohrenheilk.*, 1888.
(3) Styx. — *Zeitschrift für Ohrenheilk.*, 1889.
(4) Schubert. — *Monatschrift für Ohrenheilk.*, 1904.

lysie faciale otitique, bien expliquée par les rapports du facial et de la caisse du tympan, la paralysie de la sixième paire doit logiquement être plus fréquente que les autres, vu ses rapports anatomiques avec l'oreille plus intimes que ceux des autres nerfs moteurs oculaires. Ces rapports, nous les étudierons longuement plus loin.

Nous ne croyons pas non plus à une *étiologie non otitique*. On pourraitse demander si la syphilis héréditaire, la tuberculose ou toute autre diathèse ou infection générale ou de voisinage (ozène), n'ont pas pu atteindre le nerf en même temps que l'oreille. Si ces causes ont agi, c'est par l'intermédiaire de l'otite (à l'éclosion de laquelle elles n'ont peut-être pas été étrangères) qu'elles ont touché le nerf. C'est l'otite qui a été le foyer d'où est née la paralysie. La symptomatologie, l'évolution clinique, l'étude des observations antérieures, l'unilatéralité en font foi.

Nous devons examiner maintenant par quel *mécanisme* l'otite a engendré la paralysie du moteur oculaire externe et nous devons envisager le problème d'un trouble *réflexe* ou d'une lésion véritablement *infectieuse*.

Si l'on envisage l'hypothèse d'une lésion *réflexe*, il est bon de rappeler les voies que le réflexe peut suivre :

1° *Au niveau des noyaux centraux* « les deux noyaux, interne et de Deiters (du nerf *auditif*), sont en relation avec celui de la *sixième paire*. Comme conséquence de ces connexions nucléaires, nous voyons que le nerf auditif se met en rapport avec le nerf de la sixième paire. De plus, il y a association fonctionnelle entre celui-ci et les centres oculo-moteurs de la quatrième et de la troisième paire, ce qui établit une relation directe entre le système auditif et l'appareil moteur oculaire. C'est de la sorte qu'on peut expliquer tous les réflexes oculo-moteurs observés dans les troubles auriculaires [1] (Laurens). Ces relations si nettes de la sixième paire et de l'auditif sont, à notre avis, très importantes comme réflexe d'attention ou même de *défense*, tout bruit anormal agissant de suite sur

[1] Laurens. — Relations entre les maladies de l'oreille et celles de l'œil. *Th de Paris*, 1897.

la sixième paire, pour provoquer l'abduction de l'œil et faire regarder du côté du bruit qui a attiré l'attention.

Spear [1] a aussi particulièrement insisté sur ces relations du moteur externe et de l'auditif.

2° A la *périphérie*, le moteur oculaire externe s'anastomose ou s'accole.

a) Avec des filets du plexus *sympathique* qui viennent du plexus carotidien. Ceci, quoique sans importance au point de vue réflexe, a, au contraire, une certaine importance comme transmission possible de l'infection, ainsi que nous le verrons à la fin de ce travail.

b) Avec l'*ophtalmique*, branche du trijumeau. Ces anastomoses lui assurent, en plus des fibres motrices, des fibres sensitives et vaso-motrices. De plus, certains auteurs ont décrit une anastomose avec la troisième paire.

Les voies réflexes sont donc des plus intéressantes et expliquent les très nombreux troubles *oculaires* réflexes observés au cours de maladies de l'oreille, de manœuvres ou d'opérations sur l'oreille. Les cas de blépharospasme, de nystagmus, de cette origine sont très connus. Il est de plus très remarquable de noter des cas de strabisme *interne* ou *externe*, à *différencier des paralysies*, et qui ne sont que des attitudes vicieuses par *contracture* du moteur oculaire commun ou du moteur oculaire externe. Verdos, Lucae, Urbantschitsch, Spear, ont cité des cas de ce genre, qui apparaissent et disparaissent brusquement.

Quoi qu'il en soit, il nous semble improbable que les cas de *paralysie* vraie de la sixième paire, signalés par quelques auteurs et par nous, soient de nature réflexe. Ces paralysies, d'assez longue durée, survenant quelques jours après le début de l'otite, disparaissant peu à peu avec elle, ne survenant ni subitement ni après une action mécanique ou traumatique, cadrent plutôt avec une origine infectieuse qu'avec une cause réflexe. Une névrite optique, *évidemment non réflexe*, les a plusieurs fois accompagnées et il est très logique de penser que

(1) SPEAR. — *Medical News*, 18.2.

nées de la même source, ces deux complications aient la même pathogénie.

Dans l'hypothèse d'une lésion *infectieuse*, plusieurs modes de retentissement sur le nerf sont à discuter. D'abord une action tout à fait directe du pus n'est pas possible, vu les distances qui séparent la sixième paire de l'oreille moyenne. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le nerf *facial*, dont la paralysie au cours des otites est banale et facile à comprendre, puisqu'il n'est séparé que par une mince paroi osseuse, souvent déhiscente, de la caisse du tympan. Sans parler des paralysies faciales et oculo-motrices par diphtérie de l'oreille (Schwartze), dont l'interprétation est variable avec les cas, la paralysie de la sixième paire par infection *immédiate* ne pourrait s'admettre qu'en cas de carie tuberculeuse ou autre nécrose du rocher à la pointe duquel le nerf adhère intimement, ce qui explique si bien la paralysie fréquente et isolée de la sixième paire dans les traumatismes du crâne, paralysie que nous observons encore de temps à autre et dont les autopsies de Jacobi, Panas et Nélaton ont établi la pathogénie. Il y a en effet des cas d'abcès du cerveau au cours des otites et de nécroses du rocher, où la sixième paire peut finir par être directement atteinte.

La propagation de l'infection à la sixième paire par une *anastomose nerveuse*, vu les relations de la sixième paire avec les filets de l'auditif, semble très peu probable. Mais il est très possible, comme nous le verrons tout à l'heure, que les accolements des *filets sympathiques*, qui accompagnent la carotide, la sixième paire et tous les vaisseaux qui nourrissent le nerf, la paroi vasculaire et la caisse du tympan, puissent aider, de même que les plexus *veineux* et *lymphatiques* communicants, à la propagation de l'infection de la caisse du tympan à la sixième paire, en suivant le *canal carotidien*.

L'hypothèse d'un *point de méningite* localisé sur le trajet *intra méningien* de la sixième paire, ou d'un minuscule abcès à ce niveau, est affaiblie par l'absence de signes généraux méningitiques et ne pourrait être admise que par exclusion. Il en est de même de la suivante ([1]). Sans aucune transmission mé-

([1]) *Encyclopédie franç. d'opht.*, tome IV, p. 95, Paris, 1904.

diate, on pourrait penser (E. Berger) à *l'imprégnation* du nerf par des *toxines* émanées du foyer otitique. C'est l'étiologie générale de bien des *névrites* aboutissant à des paralysies par infection ou intoxication, celle-ci parfois d'origine microbienne. C'est l'étiologie non seulement de bien des paralysies oculo-motrices, mais encore de la plupart des névrites optiques, de bien des paralysies faciales qui seraient souvent d'origine buccale ou dentaire (Raymond, Rodier), de nombreuses paralysies des autres nerfs moteurs du corps. A côté de l'infection du nerf par un *petit foyer microbien* intra-nerveux, il peut y avoir en effet une *fixation des toxines* dans le nerf ou encore des lésions de *névrite nécrosique localisée* et parfois à *distance*, comme celles que Pitres et Vaillard ont réalisées en injectant des substances chimiques très irritantes au voisinage des gros troncs nerveux des membres.

Mais il nous semble qu'à côté des métastases pures, il y a lieu d'invoquer, avec Styx, une disposition *spéciale* en ce qui concerne les rapports de la sixième paire avec la caisse du tympan.

Pourquoi l'infection, au lieu de se diffuser, atteint-elle plus spécialement le nerf moteur oculaire externe ? Ici nous devons faire intervenir un facteur nouveau, et que nous croyons fort important, c'est *le rapport de la sixième paire avec la carotide et le canal carotidien.*

On sait, d'une part, que de tous les nerfs oculo-moteurs qu'héberge le sinus caverneux ou sa paroi, le moteur externe est le *seul* qui soit inclus dans la *cavité* du sinus et soit *accolé à la carotide.* Les rapports anatomiques peuvent varier légèrement ; mais le nerf chemine quand même côte à côte avec la carotide et *adhère* ordinairement à sa gaîne. Entre autres documents sur ce point, nous recommandons l'examen des six figures du traité d'anatomie de Testut (1) montrant les diverses variétés de situation respective de la carotide et de la sixième paire, *juxtaposés* dans le sinus.

Ceci posé, examinons les rapports du canal carotidien avec la caisse du tympan. Ces rapports varient également un peu

(1) Testut. — *Traité d'anatomie* (névrologie, art. sixième paire).

avec les sujets, mais il est établi que dans bien des cas, la paroi du canal carotidien est *papyracée*, mince, transparente, qu'elle a (comme cela se voit si souvent au niveau du nerf optique dans la paroi du sinus sphénoïdal) des *déhiscences* spontanées, des pertes de substance et des solutions de continuité, qui mettent *directement* en contact la paroi du canal et la muqueuse de la caisse du tympan. Koerner (1) et plusieurs anatomistes ont très justement insisté là-dessus.

Il nous reste à nous demander si des anastomoses, en plus des facteurs précédents, n'assurent même pas une transmission par *propagation*, un trait d'union, de la caisse jusqu'à la sixième paire. Ces anastomoses existent. Il y a d'une part des filets *nerveux* sympathiques, d'autre part, des anastomoses *veineuses* et *lymphatiques* par les canaux *carotico-tympaniques*.

« L'artère carotide n'est pas directement appliquée contre la paroi du conduit osseux qu'elle traverse. Elle en est séparée par des cavités veineuses (Rektorzik, Rüdinger), qui communiquent en haut avec le sinus *caverneux* et dans lesquelles viennent se jeter quelques *veinules issues de la muqueuse tympanique*, disposition anatomique nouvelle qui augmente encore les dangers des lésions inflammatoires ulcéreuses de la caisse du tympan. On conçoit, en effet, qu'elles puissent, grâce à ces connexions vasculaires avoir pour conséquence une phlébite des sinus » (Testut). Les autopsies de Meier ont prouvé la continuité de la thrombose de ces veines et de celle du sinus caverneux. Les *lymphatiques* suivent un trajet analogue.

On voit donc que l'infection pouvait se propager de proche en proche par un trajet anatomique parfaitement établi de l'otite à la sixième paire.

Von Tröltsch, Gruber, Styx, Körner, et surtout E. Meier (2) ont les premiers fait valoir, indiqué la possibilité et donné parfois la preuve nécropsique de l'infection intra-crânienne d'origine otitique par l'intermédiaire du canal carotidien et des organes divers qui le réunissent à la caisse du tympan :

(1) Koerner. — *Zeitschrift für Ohrenheilk.*, 1892.
(2) E. Meier. — *Archiv. fur Ohrenheilk.*, XXXVIII, 1895.

plusieurs autopsies où le canal carotidien était rempli de pus. Gruber, Meier ont démontré le bien fondé de cette opinion, qui mérite d'être plus connue et dont on devra tenir le plus grand compte dans les autopsies, alors que sous ce rapport plusieurs (Sutphen, Schubert) manquent de précision. Nous attirons de plus l'attention sur ce fait que la sixième paire a été le plus souvent le premier organe intra-crânien attaqué.

Entre toutes les hypothèses pathogéniques auxquelles les observations de ce travail peuvent donner naissance, celle d'une infection d'origine otitique transmise à la sixième paire par l'intermédiaire du canal carotidien, de la paroi carotidienne et de ses nombreuses anastomoses, est la plus plausible. La nature même de la lésion (névrite parenchymateuse, embolie microbienne, petit thrombus, etc.), ne pourrait être démontrée que par l'autopsie, très délicate et très minutieuse. Une thrombose minime peu grave pourrait d'ailleurs, tout en gênant la circulation et en pouvant être pour quelque chose dans la stase et l'infection de la papille du nerf optique, comprimer la sixième paire tout en l'infectant.

D'ailleurs, il s'agit peut-être de cas minimes lorsque les lésions sont curables, tandis que l'infection peut, sans s'arrêter à ces degrés faibles et moyens, en arriver dans les cas les plus graves à la thrombo-plébite totale du sinus caverneux.

Enfin les rapports spéciaux de l'otite et de la sixième paire par le canal carotidien expliqueraient pourquoi, au cours des otites, on voit plus souvent la paralysie de la sixième paire que celles, très rarement observées, de la troisième paire (Greenfield, Schwartze, Hicks) et de la quatrième paire (Moos).

Quoiqu'il en soit de la pathogénie où on ne peut se rattacher qu'à une hypothèse offrant le maximum de probabilité, notre étude nous conduit aux conclusions suivantes :

1° Une paralysie du moteur oculaire externe apparaît parfois du même côté qu'une otite moyenne suppurée, seule ou accompagnée de névrite optique.

2° Dans plusieurs cas, cette complication n'a pas eu de terminaison grave ni pour la vie ni pour la vue du sujet atteint et a complètement guéri.

3° Il est des plus probables qu'il s'agit d'un trouble non ré-

flexe, mais infectieux, et que les anastomoses veineuses, lymphatiques, conjonctives, qui relient la sixième paire à l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la carotide et du canal carotidien, jouent un rôle qui explique la fréquence relative de cette complication : fréquence plus grande, peut-être, qu'elle ne le paraît : complication, dont l'évolution, le pronostic et la pathogénie méritent de fixer l'attention des ophtalmologistes, des otologistes et des médecins, chez l'enfant et chez l'adulte.

IV

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES BRUITS ENTOTIQUES PERÇUS OBJECTIVEMENT [1].

Par **HENNEBERT** (de Bruxelles) et **TRÉTROP** (d'Anvers).

Notre attention a été attirée dans ces dernières années sur des bruits entotiques dont se plaignaient certains de nos malades et que nous pouvions percevoir nous-mêmes. Nous en fîmes part à plusieurs de nos collègues, qui nous déclarèrent ne les avoir jamais observés au cours d'une assez longue pratique.

Nous avons recherché alors ce qui a été publié à ce sujet et nous avons constaté que la littérature médicale n'est pas bien riche en la matière.

Les auteurs français parlent peu ou point des bruits entotiques objectifs. Çà et là, il existe quelques observations isolées, mais les traités classiques les passent généralement sous silence. Les auteurs de langue allemande semblent avoir mieux étudié la question, qui nous paraît avoir une importance réelle en pathologie et mériter de fixer davantage l'attention.

Les bruits entotiques objectifs en effet, peuvent, par leur constance, conduire le malade rapidement au suicide ou, comme dans le cas rapporté plus loin, ces bruits peuvent constituer les tout premiers symptômes d'une affection mortelle, qu'en possession de connaissances meilleures, nous arriverions peut-être à enrayer à temps.

Jacobson (1) dans son « Lehrbuch der Ohrenheilkunde », paru à Leipzig, en 1898, définit les bruits entotiques ou pério-

[1] Communication à la Société française d'otologie et de laryngologie, mai 1906.

tiques : des bruits siégeant dans l'oreille même ou dans ses environs. A ces bruits appartiennent : les claquements dus à la déglutition ou par contraction clonique des muscles tubaires, les crampes des muscles tenseurs du tympan ou stapédiens, les mouvements du tympan, le déplacement des corps étrangers de l'oreille et enfin les bruits dus au courant sanguin ou *bruits vasculaires*.

Désirant restreindre notre communication de ce jour, ce sont ces derniers que nous allons considérer uniquement.

Nos recherches bibliographiques, tout incomplètes qu'elles sont, ont pu nous convaincre que la bibliographie n'est pas abondante.

Comme causes de bruits entotiques objectifs, nous relevons : l'anévrysme de l'artère auriculaire postérieure constaté par Herzog (2), l'anévrysme de la carotide par Wagenhaüser (3), la dilatation du bulbe de la jugulaire par Moos (4). Les bruits sont parfois si forts que l'entourage peut les percevoir sans tube otoscopique. On en a signalé d'audibles à plusieurs mètres de distance.

Les bruits vasculaires ont pour caractéristique de s'arrêter par la compression : compression de la jugulaire à hauteur de l'os hyoïde dans le « bruit de diable » transmis à l'oreille ; compression de la carotide dans les cas personnels que nous allons rapporter ; compression du rameau mastoïdien de l'artère auriculaire postérieure dans un cas de Kayser.

Chimani (5) cite un bruit continu guéri par l'opération d'un anévrysme cirsoïde du pavillon.

Les bruits d'oreille perceptibles objectivement sont le plus souvent dus à une dilatation anévrysmatique de la portion de la carotide interne siégeant dans le canal carotidien, à un anévrysme de l'artère basilaire ou de l'auriculaire postérieure.

La compression de la carotide n'est pas un moyen tout à fait inoffensif d'arrêter ces bruits : Brieger (6) rapporte un cas de perte de connaissance avec secousses dans les membres supérieurs du côté opposé chez un neurasthénique. Il provoqua souvent ainsi du vertige chez des sujets jeunes, plus encore chez des artérioscléreux.

Politzer (7) dit que les bruits entotiques les plus fréquents

sont les bruits vasculaires, qui se produisent soit dans la cavité tympanique elle-même par dilatation des branches artérielles, soit par des modifications dans le canal carotidien ou par des troubles valvulaires, des anévrysmes ou des dilatations des vaisseaux encéphaliques. Dans ces derniers cas, le bruit est perçu le plus souvent synchrome au pouls par l'auscultation à tous les endroits de la tête.

Brandt (6) rapporte un cas où, à la suite d'un traumatisme, un bruit vasculaire objectif, étendu à toute la tête, fut guéri par ligature de l'artère temporale profonde.

Luismayer rapporte l'observation d'un homme de 65 ans qui depuis un an souffrait de bruits d'oreille très violents à droite, qui l'avaient amené à des tentatives de suicide, chez qui la compression digitale de la carotide externe droite arrêtait les bruits. Luismayer lia la carotide externe droite, les bruits s'arrêtèrent pendant un temps assez court; il se produisit de l'hémiplégie gauche avec hémianopsie et surdité gauche et le malade mourut le cinquième jour de pneumonie.

Dans les années 1903 et 1904 de l'excellente revue hebdomadaire de notre distingué collègue Moure, nous n'avons pas trouvé une seule relation de bruits entotiques objectifs d'origine vasculaire.

Voici nos observations personnelles :

OBSERVATION I. — M. T., 22 ans, est atteint de diminution rapide de la vue par névrite optique double, de stase.

Il se plaint de battements dans l'oreille droite isochrones au pouls, sans altération de l'ouïe; tympans normaux; audition normale.

Le bruit a débuté par un léger bourdonnement qui a augmenté progressivement, est devenu un bruit de souffle pulsatil, cause d'ennuis considérables. Le bruit s'arrête pendant quelques instants par une extension forcée de la tête en arrière; il cesse aussi par la compression de la carotide au niveau du cou.

Par le tube otoscopique introduit dans l'oreille droite, on entend un bruit de souffle très intense, isochrone au pouls et qui va régulièrement en augmentant, puis en diminuant d'intensité suivant le rythme de la respiration.

L'auscultation du crâne fait entendre le même souffle, avec

maximum au bord postérieur de la mastoïde droite et également un second foyer d'intensité maxima (moindre qu'à droite), à l'angle postéro-supérieur de la mastoïde gauche.

Le Dr De Ridder pose le diagnostic d'anévrysme intracrânien.

La ligature de la carotide interne est faite par le prof. Laurent. Au moment de la ligature, il se produit des mouvements épileptoïdes généralisés et un arrêt brusque de la respiration.

Le soir même, le malade éprouve un souffle continuel beaucoup plus intense qu'avant qui disparaît lentement les jours suivants.

Etat actuel. — Cécité complète par atrophie des nerfs optiques; bruit de souffle objectif et subjectif définitivement disparu déjà quelques jours après l'intervention.

OBS. II. — Mme R., 70 ans, depuis quelques mois, à la suite d'une bronchite avec forts accès de toux, perçoit dans l'oreille droite un bruit de piaulement et de souffle, isochrone au pouls et qui empêche le sommeil.

Quand on applique l'oreille contre l'une ou l'autre oreille, mais surtout à droite, on perçoit un souffle très net, qu'on entend très peu au moyen du sthétoscope ou du tube otoscopique. Le doigt, introduit dans le conduit auditif droit, sent des battements artériels très nets au niveau de la paroi antérieure, dans sa portion externe.

Pas de surdité, pas de vertiges; tympans minces avec quelques plaques calcaires. A l'auscultation du cœur: faux pas assez fréquents; souffle diastolique à l'aorte, pouls onguéal très-marqué; pouls bondissant, ni dyspnée, ni œdème. Cette malade est atteinte d'insuffisance aortique.

Le lobule droit est animé de battements isochrones au pouls; la région rétro-angulaire est animée des mêmes battements.

Les bruits cessent d'être perçus par la malade et aussi objectivement pendant la compression de la gouttière maxillo-mastoïdienne droite.

Cette malade fut perdue de vue après la deuxième visite.

OBS. III. — Mme B., 59 ans, se plaint depuis trois ans de surdité. Du côté droit, un processus adhésif rend l'audition presque nulle. Il existe à gauche un catarrhe muqueux chronique avec ouïe assez bien conservée.

Cette dame se plaint de souffle et de battements dans l'oreille augmentant après les mouvements et les repas. La nuit, ces bruits sont plus forts et empêchent souvent le sommeil. Avec le tube otoscopique on perçoit nettement comme un « voû » prolongé, isochrone aux pulsations cardiaques.

Personne très nerveuse mais d'un état général bon ; cœur bon, pas de lésions valvulaires ; parfois un peu de rudesse du premier bruit aortique, parfois palpitations et irrégularités d'origine nerveuse.

Les cathétérismes, massages, médications nasales, etc., employées contre le catarrhe n'ont eu sur les bruits aucune influence.

OBS. IV. — M. J., 32 ans. Les bruits ont débuté par la perception d'un « cricri » dans l'oreille droite, chez cet homme bien constitué et bien portant. Ils sont devenus rapidement un souffle avec piaulement simple d'abord, double plus tard, audible par le conduit mais avec un maximum sthétoscopique à 2 à 3 centimètres au-dessus et un peu en arrière de la base de l'apophyse mastoïde, au niveau de la branche postérieure de l'artère méningée moyenne.

Des douleurs de tête intolérables ont apparu à la mastoïde d'abord, puis à la région temporale correspondante, enfin à la région occipitale. A trois reprises, il y a eu projets de suicide.

Le malade a succombé en moins de trois mois à ses lésions ou, ce qui est plus probable, il s'est empoisonné, à l'insu de tous, à l'aide d'un narcotique.

Son observation complète fait l'objet d'une communication de l'un de nous.

De nos observations et de l'étude incomplète à laquelle nous nous sommes livrés, il résulte que les bruits otitiques objectifs d'origine vasculaire peuvent précéder ou accompagner des lésions organiques très graves chez des sujets jeunes ou vieux, La présence seule de ces bruits, qui ne s'accompagnent pas de vertiges, en dehors de toute douleur ou de lésions fonctionnelles constitue pour celui qui en est atteint une forte incitation au suicide. Les cas ne doivent pas être bien rares, si l'on se met à les rechercher, car nous en avons observé personnellement quatre en trois années.

Il serait donc désirable pour nous auristes de mieux connaître ce chapitre de pathologie spéciale, assez neuf dans les pays de langue française, afin de pouvoir à temps porter le pronostic et instituer le traitement. Aujourd'hui la difficulté d'un diagnostic précis nous désarme au début du mal.

Nous nous permettons donc d'appeler la bienveillante attention de la Société française d'oto-rhino-laryngologie sur

une question quelque peu vitale et nous serions heureux de voir nos savants collègues y apporter par la suite quelques lumières. Telle sera la conclusion de notre travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. L. Jacobson. — *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 1898, 2e édition, p. 93.

2. Herzog. — Anévrysme de l'artère auriculaire postérieure. *Monatschr. für Ohrenheilk.*, 1881, p. 137.

3. Wagenhaüser. — Déhiscence dans le canal carotidien avec anévrysme de la carotide. *Arch. für Ohrenheilk*, vol. XIX, p. 62.

4. Moos. — Dilatation du bulbe de la jugulaire et ses relations avec le développement des hallucinations. *Arch. für Augen und Ohrenheilk.*, vol. IV, p. 174.

5. Chimani. — Anévrysme cirsoïde du pavillon. *Arch. für Ohrenh.*, vol. VIII, p. 62, 1873.

6. Brieger. — *Klin. Beitr. z. Ohrenheilk.*, 1896, p. 139.

7. Politzer. — *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 3e édition 1893, p. 563, 564.

8. Brandeis. — Bruits vasculaires. *Zeitschr. f. Ohr.*, vol. II, p. 294, 1882.

9. Jacobson. — Poliklin. Bericht : Kalkablagerungen in den Gefäss wänden. *Arch. f. Ohr.*, vol. XIX, p. 28, 1882.

10. Haug. — Druch eines Kropjes auf die grossen Halsgefässe in die Krankh. des ohrs in ihrer Bezich. zu der Allgemeiner krank, 1893.

RECUEIL DE FAITS

I

LEUCOKÉRATOSE SUBLINGUALE (1)

Par J.-N. ROY,
médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada).

OBSERVATION. — Le frère S., âgé de 58 ans, se présente à notre consultation, le 20 janvier dernier, pour une maladie de la bouche. Depuis deux ans environ, il se plaint d'une certaine gêne dans les mouvements de la langue, lui donnant l'impression d'une raideur progressive de cet organe. Il lui semble, nous dit il, que sa muqueuse sublinguale gauche, ainsi que celle de la partie interne de la gencive du même côté, sont dans un état parcheminé. Appartenant à un ordre religieux qui l'oblige à faire de l'enseignement, cette maladie l'incommode beaucoup par la difficulté qu'il a à s'exprimer, sans cependant apporter aucun trouble à la mastication et à la déglutition. Les débuts ont été indolores; mais depuis deux mois, il ressent de légers picotements, surtout après avoir mangé. D'après lui, cette affection aurait commencé par la gencive, et se serait propagée ensuite au plancher de la bouche.

A l'examen, nous constatons une dégénérescence pseudo-cartilagineuse d'une partie de la muqueuse sublinguale du côté gauche. La gencive correspondante est également recouverte par des bandes d'un blanc grisâtre, faisant une légère saillie à la surface de la muqueuse. Çà et là, nous voyons sous la langue une série d'îlots successifs nacrés, à côté de plaques de même couleur. Ce

(1) Communication faite à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris, mai 1906.

tissu pathologique est sillonné par une muqueuse normale, et n'est entouré d'aucun liséré. Ses limites sont nettes et régulières, et sa surface est plane, lisse et unie. Il n'y a ni fissure, ni dékératinisation, et ces plaques sont tellement adhérentes qu'il est impossible de les arracher avec une pince.

Le patient ne se plaint pas encore du côté droit de sa langue; cependant nous constatons sur le plancher, sur l'étendue d'environ une pièce de cinquante centimes, une décoloration de la muqueuse, comme si on avait passé légèrement un crayon de nitrate d'argent.

Les autres parties de cet organe, ainsi que les joues et le palais sont dans un état absolument normal.

Pas de grenouillette, ni d'hypertrophie des ganglions cervicaux.

Le sens du goût n'est pas altéré.

Notre malade a de très mauvaises dents, n'en ayant jamais eu soin. Les sept qui lui restent au maxillaire supérieur sont plus ou moins cariées; les incisives et les canines du maxillaire inférieur sont saines, et les grosses molaires ont été extraites. Carie au quatrième degré des petites molaires.

A la rhinoscopie antérieure, nous trouvons une déviation de la cloison à droite.

Légère rhinite compliquée de pharyngite.

Le larynx fonctionne bien; et les sinus sont transparents.

Rien d'intéressant à noter au sujet des autres organes; les urines sont normales.

Antécédents personnels. — Le patient déclare ne pas se rappeler avoir été malade. D'une constitution robuste, il pèse 225 livres et mesure 2 mètres. Il n'est atteint d'aucune diathèse, — nerveuse, arthritique, spécifique, tuberculeuse; — et son estomac digère bien. Aucune lésion inflammatoire de la bouche n'a été remarquée depuis son enfance. Ce n'est qu'à l'âge de quinze ans que ses dents ont commencé à se carier. D'une vie très régulière, il ne fait pas usage d'alcool et de tabac, et n'a jamais abusé de mets épicés.

Antécédents héréditaires. — Douze enfants composent la famille de notre malade. De ce nombre, quatre sont morts, ainsi que le père et la mère, sans histoire de cancer. Les autres sont en excellente santé; et nous ne trouvons pas de consanguinité chez ses ascendants.

En présence de cette dégénérescence de la muqueuse sublinguale, nous pensons naturellement à la leucokératose. Cependant vu le siège plutôt exceptionnel de cette affection, et l'absence d'en-

vahissement des régions habituelles, nous faisons faire l'examen microscopique d'une plaque enlevée avec le galvano-cautère. Les Drs Saint-Jacques, professeur d'anatomie pathologique à l'Université Laval, et Daigle, agrégé, et pathologiste à l'Hôtel-Dieu, à qui nous avons confié la pièce, ont eu l'amabilité de nous transmettre le rapport suivant :

Aspect macroscopique. — Petites lamelles blanc nacré d'environ un millimètre d'épaisseur, offrant une certaine résistance au doigt, et se coupant facilement au microtome après un court séjour dans l'alcool.

Examen histologique. — *Première coupe.* — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

A. — On y distingue une première couche de cellules se colorant vivement par l'hématoxyline : cette couche présente deux, trois ou plusieurs assises de cellules suivant l'endroit examiné. Le protoplasma semble infiltré de grains ou granulations noirâtres, prenant la matière colorante. Ces cellules semblent jusqu'à un certain point présenter l'aspect du stratum granulosum de la peau, que l'on ne trouve pas sur les muqueuses à l'état normal, mais qui s'y développe lorsque celles-ci sont en voie de dégénérescence kératinique.

B. — Au-dessus de cette première assise de cellules assez vivement colorée, s'en trouve une autre beaucoup plus épaisse, et prenant difficilement ou pas du tout l'hématoxyline ; cette couche de cellules semble être en état de dégénérescence kératinique. Les noyaux sont très petits ou disparus, et ceux que l'on distingue sont ratatinés, dissociés et difficiles à voir. Le protoplasma se présente comme ayant l'aspect d'un espace clair, vitreux, transparent, non coloré ; et il existe dans les espaces intercellulaires une condensation de substances formant une espèce de carapace, qui se colore assez vivement par l'éosine, surtout dans les couches inférieures. L'ensemble de cette couche offre l'aspect d'un lacis plus ou moins régulier dont les espaces sont occupés par des masses protoplasmiques incolores ou mal colorées, et dont les noyaux sont amoindris et peu apparents.

Dans toute l'épaisseur de cette couche, les assises de cellules forment des ondulations déterminées par la présence des papilles sous-jacentes sur lesquelles ces assises reposaient.

Les auteurs signalent la sclérose du chorion et l'altération des papilles : comme le procédé employé pour faire la biopsie n'a pas permis l'enlèvement de cette partie, il est impossible de signaler les modifications qui pourraient s'y trouver.

Deuxième coupe. — Examinée dans une solution de potasse diluée.

Elle présente un carrelage régulier, dessiné par le rebord ou par la coque des cellules en voie de kératinisation; ces cellules ont une forme oblongue comme on l'observe toujours dans les épithéliums pavimenteux stratifiés.

Quelques noyaux gonflés par la potasse deviennent plus apparents.

Troisième coupe. — Colorée au picro-carmin de Ranvier — considéré comme le réactif de choix dans cette variété de dégénérescence.

Avec ce procédé de coloration on obtient une teinte rose de la couche en voie de kératinisation, teinte plus prononcée à la partie inférieure que vers la partie supérieure ou périphérique. Cette coloration peut s'expliquer par la présence de l'éléidine plus ou moins diffuse dans cette couche. La lésion étant de date peu ancienne, les cellules ne sont pas encore parvenues au dernier stade de leur transformation kératinique. A certains endroits cependant, on observe des îlots n'ayant pas fixé le carmin, et présentant la teinte jaune de la kératine ; à leur périphérie on trouve une bande uniformément colorée en jaune, composée de cellules aplaties, arrivées au dernier stade de kératinisation.

La couche inférieure qui prenait l'hématoxyline ne prend pas le carmin ; elle est uniformément colorée en jaune, et laisse voir comme dans la première pièce, des petites granulations noires à l'intérieur du protoplasma.

L'ensemble de ces considérations nous permet de conclure que la pièce examinée présente les altérations de la dégénérescence kératinique.

Nous conseillons d'abord comme traitement hygiénique, une très grande propreté de la bouche, l'extraction des chicots, le nettoyage des dents et la destruction des dépôts tartreux. Nous prescrivons l'arsenic après les repas, ainsi qu'un gargarisme alcalin ; et comme prophylaxie, nous défendons le tabac, l'alcool, les épices, les sucreries, le vin pur et les acides.

Revu quinze jours après, nous commençons alors le traitement avec le galvano-cautère. Après une application de cocaïne, nous enlevons par lambeaux ce tissu kératinisé, et les ilôts sont également détruits au fer rouge. La muqueuse sous-jacente est légèrement saignante, mais guérit très bien dans l'espace de huit jours avec des gargarismes au chlorate de potasse. Nous répétons les cautérisations toutes les semaines, et le 6 mars, nous en faisons

une dernière qui fait disparaître entièrement tout ce qui restait de cette leucoplasie, des deux côtés. Depuis cette date, la bouche de notre malade est parfaitement bien ; et un dernier examen le 18 avril semble confirmer la guérison.

La leucokératose est une maladie relativement rare, surtout en Amérique, mais très bien décrite dans les remarquables travaux de Bazin et Besnier, à qui revient l'honneur d'avoir donné le plus de lumière sur ce sujet. Elle se rencontre généralement à la région antérieure moyenne de la face dorsale de la langue, et envahit quelquefois ses bords et sa pointe. D'une fréquence extrême sur la face interne des lèvres et des joues, il est exceptionnel de la voir s'étendre au palais, aux gencives et au plancher de la bouche. Parmi les diathèses qui favorisent le plus la leucoplasie, nous devons mentionner d'abord et surtout la syphilis. Nous la rencontrons encore chez les nerveux et les rhumatisants, et d'une manière générale, chez tous ceux qui sont exposés aux irritations de la bouche : tels les fumeurs, les buveurs, les mangeurs d'épices et acides, et ceux qui ont de la carie dentaire.

Nous avons cru intéressant de rapporter cette observation au point de vue exceptionnel du siège de la lésion, et de l'étiologie qui est des plus obscures. En effet, dans notre cas, nous n'avions envahi que la région sublinguale gauche, et une partie de la gencive correspondante ; du côté droit, il n'y avait seulement qu'une légère décoloration d'un peu de la muqueuse du plancher de la bouche.

Le malade n'était atteint d'aucune diathèse, et à part le très mauvais état de ses dents, il n'était exposé à aucune irritation buccale.

Ayant donné les conseils hygiéniques voulus, nous avons cru devoir suivre l'avis de Fletcher Ingals, et employer immédiatement le galvano-cautère. D'après Leriche, il vaudrait mieux à cette période, ne pas toucher à la leucokératose ; mais ne pouvant relever au point de vue étiologique que la carie dentaire, nous croyons que les alcalins en gargarisme n'auraient pas été suffisants pour guérir notre malade.

Comme il n'y avait pas d'histoire de syphilis, nous nous

gardons bien de prescrire le mercure et l'iodure de potassium ; car nous savons que ces médicaments peuvent hâter considérablement la transformation de la leucoplasie en néoplasme.

Nous n'avons pas voulu essayer la radiothérapie, vu qu'il n'y avait aucun signe de dégénérescence cancéreuse qui, d'après Barthélemy, se rencontre dans 13 % des cas.

En présence de cette leucokératose sublinguale sans autre envahissement de la bouche, sans diathèse et sans complication, devons-nous porter un pronostic favorable ? Nous croyons que oui, pour toutes les raisons plus haut énoncées, et surtout parce que la face dorsale de la langue est dans un état parfaitement normal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 avril 1906.

Présidence du Dr G. Gellé

Bosviel. — **Un cas de périchondrite du cartilage thyroïde.** — Septuagénaire diabétique qui, en pleine santé, à la suite de la fixation d'un corps étranger sur une bande ventriculaire, présenta un gonflement progressif de la région extérieure du cou, sans fluctuation, avec douleur, fièvre, fétidité de l'haleine et gêne de la respiration et de la phonation. A l'examen laryngoscopique, érythème généralisé du larynx et de l'épiglotte ainsi qu'une grosseur bien circonscrite à la région moyenne de la bande ventriculaire droite masquant entièrement la corde vocale sous-jacente, tandis que l'autre est très visible. Une évacuation spontanée du pus apporta une amélioration rapide de tous les symptômes.

Cette terminaison heureuse et rapide, sans aucun délabrement, est rare dans les cas de ce genre.

Cauzard. — Sur quel signe précis notre collègue pose-t-il le disgnostic de périchondrite ? Pourquoi ne pas admettre un simple abcès à la suite d'une érosion ?

Bosviel. — Il n'existait pas trace de fluctuation. La tumeur avait la même consistance que le cartilage et le doigt pouvait suivre le thyroïde dans tous ses détails, ce qui ne se fut pas produit dans le cas d'un abcès.

Bellin. — **Kyste dermoïde du dos du nez.** — Enfant de 12 ans présentant sur le dos du nez une forte saillie formée par un groupement de trois kystes. Tumeur datant de 4 ans, abcédée il y a deux ans, opérée à ce moment et ayant récidivé il y a trois emaines. Une nouvelle intervention pratiquée par l'auteur, mit à

découvert un petit kyste rempli de poils soyeux et qui s'était creusé une logette arrondie à la partie supérieure du vomer. Réunion des lèvres de la plaie par première intention. Guérison en quinze jours.

FIOCRE. — **Un cas d'hémorrhagie primitive du naso-pharynx.** — Femme de 43 ans, ayant expectoré du sang pur à diverses reprises en assez grande abondance. La rhinoscopie postérieure permit de constater que ce sang provenait de la moitié droite de la voûte pharyngée. Le diagnostic présentait certaines dfficultés chez cette malade, atteinte de tuberculose pulmonaire et se trouvant en pleine période menstruelle. L'hémorrhagie fut arrêtée au moyen de cautérisations locales avec une perle d'acide chromique.

GUISEZ a observé un cas analogue chez un homme présentant de toutes petites varices à peine visibles du cavum : les hémorrhagies étaient cependant abondantes et le sang venait à pleine bouche.

PRÉSENTATIONS

KŒNIG. — I. **Présentation d'une seringue toute en verre pour injections intra-trachéales.**

II. — **Corps étranger rare du conduit auditif ressemblant à un polype fibreux.**

Fève du Brésil (noire d'un côté, rouge de l'autre) présentant le rouge du côté libre et enclavée, de l'autre côté, dans les tissus.

III. — **Deux calculs volumineux du canal de Wharton.**

Le premier fut expulsé spontanément chez un homme de 27 ans.

Le second, chez un homme de 30 ans, siégeait à une profondeur de 3 centimètres dans le canal à Wharton. Abcès de la glande sous-maxillaire avec issue du pus par l'orifice sublingual. Après cocaïnisation, le canal fut incisé sur une sonde cannelée et le calcul extrait avec quelques difficultés. Un flot de pus s'écoula et la tuméfaction sous-maxillaire disparut. Ce n'est qu'après ponction d'un kyste salivaire, quinze jours plus tard, que la guérison fut complète.

MAHU qui a rencontré plusieurs cas de ce genre attire l'attention sur les points suivants :

1° Au point de vue du diagnostic à distance, le gonflement *intermittent* de la glande correspondante au moment des repas et surtout après l'ingestion d'aliments sucrés ;

2° Au point de vue du traitement après l'extraction du calcul : séances de cathétérisme du canal de Wharton avec des petites sondes de plus en plus grosses, en commençant avec un stylet d'oreille en argent.

XIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE (1)

(Rome, 13, 14 et 15 octobre 1905)

Président : Grazzi (Florence).

Secrétaire : O. Luighini (Vienne).

Le président adresse un salut aux congressistes et exprime le regret que des circonstances imprévues aient empêché de tenir cette réunion solennelle dans la clinique oto-rhino-laryngologique de la nouvelle Polyclinique, où il aurait évoqué avec le plus vif enthousiasme la grande âme d'Emilio de Rossi, le fondateur de la première école otologique italienne. Il salue dans G. Ferreri le digne élève et successeur d'Emilio de Rossi. Puis il rappelle, en gardant le plus charmant souvenir, le dernier Congrès tenu à Sienne, ville des arts et du pur langage. Il adresse un salut aux collègues Giulio Masini et Nunca Campi, appelés par un vote populaire, à faire partie du corps législatif, certain que le langage énergique de ces collègues exposera au parlement les besoins de l'enseignement de notre spécialité, réalisé jusqu'ici par l'initiative privée, bien plus que par l'initiative gouvernementale. D'ailleurs, le nom de celui qui dirige l'Instruction publique en Italie, le nom de Leonardo Bianchi, doit être d'un heureux augure pour les progrès de notre spécialité.

Le président met en évidence les progrès vertigineux de l'oto-rhino-laryngologie et conclut ainsi : « si, comme dans le passé, la loyauté professionnelle, l'estime réciproque et l'amitié cordiale

(1) Compte-rendu par le Dr Boulay.

continuent à régner dans notre société, nous puiserons dans ces nobles sentiments, une nouvelle force pour travailler à de nouveaux progrès et atteindre les plus hauts degrés de la science ».

QUESTION DE RHINOLOGIE

G. Martuscelli (Naples). — **Signification, structure et traitement des sarcomes endo-nasaux.** — L'auteur s'occupe exclusivement de l'*étiologie* et de l'*anatomie pathologique* de ces sarcomes. Il commence par étudier l'étiologie des polypes vulgaires qui serait selon les divers auteurs, l'ozène, les rhinolites, l'empyème des cavités nasales accessoires, la dégénérescence mucoïde de la muqueuse ethmoïdale, la déviation du septum, l'hérédité, les poussées inflammatoires répétées, les catarrhes continuels, l'ostéïte raréfiante, les sinusites.

En ce qui concerne l'étiologie des sarcomes, il faut ajouter aux causes ci-dessus, les traumatismes, les catarrhes fétides purulents, etc. Une autre cause prédisposante serait la structure spéciale de la pituitaire très riche en tissu adénoïde, tissu dont les sarcomes tirent précisément leur origine. On a admis encore pour expliquer la genèse des sarcomes, la présence de certains protozoaires : l'auteur fait une courte et complète revue des travaux récents sur ce sujet et conclut que ces théories sur l'intervention des protozoaires ne peuvent être acceptées pour l'instant. Il fait ensuite remarquer que les sarcomes nasaux naissent plus facilement sur des tumeurs préexistantes, c'est-à-dire qu'ils sont rarement préventifs, et appuie cette assertion sur des cas cliniques recueillis dans la littérature. A ce sujet il revient sur une communication faite par lui à la même société sept ans auparavant et dans laquelle il démontrait l'origine endothéliale de nombreux sarcomes nasaux, qui d'autre part, étaient tous des transformations de myxomes préexistants. Ceci posé, il continue en étudiant les diverses espèces de sarcomes du nez dont il met en relief les cas les plus importants observés par lui ou par d'autres. Aussi, par exemple, pour mettre en évidence la gravité de quelques fibro-sarcomes du septum, il cite l'observation d'Arslan. Toujours à propos des fibro-sarcomes, il rapporte une observation personnelle de sarcomatose cutanée concomitante. Puis il dit un mot du sarcome télangiectasique, du sarcome myéloïde, de l'ostéosarcome, du sarcome mélanique, du sarcome à cellules rondes, du myxo-sarcome, pour insister plus longuement en terminant sur les

endothéliomes (hémangio-endothéliomes, lymphangio-endothéliomes, périthéliomes, péri-endothéliomes).

Comme suite à ces considérations, il pose la question suivante : « A part ceux qui revêtent des caractères de malignité évidents, comme nous l'avons vu, les autres sont-ils tous de véritables sarcomes ou représentent-ils des erreurs de diagnostic ? Ces tumeurs sont-elles fréquentes dans le nez, ou moins nombreuses qu'il ne semblerait d'après les travaux antérieurs ? »

Le diagnostic de sarcome est difficile à établir histologiquement, surtout pour les tumeurs nasales. Martuscelli a acquis la conviction que le critérium d'anatomie pathologique générale ne suffit pas, mais qu'il faut avoir acquis pour ainsi dire, une expérience spéciale par de nombreux examens de polypes, pour s'accoutumer aux traits caractéristiques qui ne font jamais défaut dans les tumeurs soumises à notre observation et qui sont dûs à des causes absentes ou moins fréquentes dans les autres néoplasmes. Ce sont le frottement continuel entre la tumeur et la paroi nasale ou bien entre tumeur et tumeur, les ulcérations forcées de leur surface consécutives au frottement ou à la rétention du mucus et des croûtes, les traumatismes produits par le malade dans ses efforts pour libérer sa narine, l'action des substances irritantes comme la poudre de tabac, leur incomplète ablation. Comme conséquence, dans tous les points où agissent ces causes isolément ou simultanément, se produisent des phénomènes inflammatoires, dont le résultat ultime est la prolifération cellulaire, la néoformation de tissu jeune, comparable au tissu embryonnaire. Ce tissu est constitué autant par des leucocytes que par des cellules fixes du tissu conjonctif et des endothéliums. Et comme il n'y a pas de tumeur nasale, surtout si elle est pédiculée et volumineuse, qui échappe aux dits traumatismes et par suite aux néoformations cellulaires dans quelques points de sa surface, il s'en suit que toute tumeur enlevée du nez et examinée au microscope présentera çà et là, peut-on dire en exagérant un peu, un aspect sarcomateux.

D'autre part dans le nez, spécialement sur la cloison, peuvent se développer des tissus granuleux constituant les tumeurs infectieuses, syphilitiques, tuberculeuses, le rhinosclérome, etc., lesquelles, à un examen superficiel, pourraient être prises pour des sarcomes parvi-cellulaires. Ainsi soit pour une raison, soit pour une autre, nous avons beaucoup d'occasions pour nous tromper dans le diagnostic d'une tumeur sarcomateuse. Comment en sortir ?

Nous rappelant que la caractéristique d'une tumeur est fournie par le tissu de la dignité histologique la plus élevée et le plus abondamment représentée, nous écarterons des sarcomes les tumeurs ne présentant que çà et là, des éléments fuso-cellulaires, par exemple, en plus grand nombre, et, au contraire, nous reconnaîtrons dans ces tumeurs ou bien une phase irritative traumatique, ou bien un principe de métaplasie ; et nous dirons alors, par exemple fibrome nasal en voie de transformation en tumeur maligne.

Réfléchissant ensuite que les granulations chroniques, tuberculeuses, syphilitiques ou autres, le tuberculome, par exemple, s'ils présentent un tissu de granulations très volumineux, sont d'autre part très pauvres en vaisseaux sanguins et subissent d'ordinaire — c'est leur vraie caractéristique – la nécrose de coagulation à la suite de processus régressifs ; considérant au contraire, que le sarcome est riche en vaisseaux, que la forme télangiectasique s'observe surtout sur la cloison, et que ces tumeurs ne subissent pas la régression ci-dessus notée, nous possédons des éléments pour différencier un sarcome parviglobo-cellulaire d'une granulation, distinction qui peut nous paraître impossible à un premier examen.

Mais il reste difficile d'expliquer pourquoi les sarcomes du nez évoluent quelquefois d'une façon tout à fait particulière, c'est-à-dire sans présenter la malignité inhérente aux tumeurs sarcomateuses des autres régions. Cette façon particulière d'évoluer semble pouvoir s'expliquer ainsi :

1° L'espèce histologique de sarcome fréquente dans le nez est, en général, la plus bénigne ; on sait que les tumeurs globo-cellulaires sont les plus graves : c'est justement l'espèce la moins commune dans le nez, où sont fréquents les fibro-sarcomes et les myxo-sarcomes ;

2° La forme macroscopique de la tumeur qui est pédiculée, et à pédicule souvent très délié, favorise aussi une marche bénigne ; de plus la métaplasie sarcomateuse commence par les points les plus périphériques et, par conséquent, les plus éloignés du point d'insertion ;

3° La modalité de cette néoplasie qui la fait débuter autour des capillaires dans les myxomes et dont la marche est certaine, nous permet d'enlever une tumeur avant qu'elle n'ait communiqué sa lésion à sa voisine ;

4° C'est pour cela que le type péri et endothélial est celui que l'on rencontre et que la marche des sarcomes du nez est relativement bénigne.

L'auteur conclut ainsi : « pour ces raisons je crois pouvoir affirmer, me basant sur mes recherches personnelles et sur celles des autres, que dans le nez on rencontre de véritables sarcomes dont l'ablation amène la guérison ; au lieu de nous faire nier l'existence de telles tumeurs, ce fait doit rappeler à notre esprit toutes les particularités inhérentes aux tumeurs des fosses nasales et signalées dans ce travail.

Calamida (Turin). — **Symptômes, diagnostic, pronostic, traitement des sarcomes endo-nasaux.** — L'auteur divise l'évolution clinique en trois stades : le premier caractérisé par le coryza et les épistaxis ; le deuxième par l'obstruction nasale, la sécrétion purulente, la céphalée, l'anosmie, etc. ; le troisième par un complexus de symptômes produits par la propagation de la néoplasie aux cavités et aux organes voisins.

Traitant du diagnostic, il fait un examen comparatif différentiel du sarcome et des autres néoplasies malignes et bénignes, des affections inflammatoires, spécifiques, etc.

Le pronostic, quoique généralement défavorable, est cependant plus ou moins grave selon diverses circonstances, telles que le point d'implantation, le mode d'insertion, la construction histologique, etc.

Le traitement est médical et chirurgical. En ce qui concerne le premier, après avoir énuméré toutes les méthodes curatives essayées jusqu'ici avec un succès variable, Calamida conclut en disant que c'est un moyen palliatif à réserver seulement aux cas inopérables ou à ceux où le patient refuse une intervention chirurgicale.

Le traitement rationnel est le traitement chirurgical qui comprend la méthode directe (électrolyse, galvanocaustique, ligature de la carotide, etc.) et la méthode indirecte. Celle-ci peut être appliquée par les voies naturelles ou les voies artificielles. Calamida discute l'opportunité, les avantages et les inconvénients des deux méthodes et conclut que, dans les cas où la néoplasie est à la première phase de son développement, c'est-à-dire quand elle est encore limitée, et se trouve insérée sur une région facilement accessible, la méthode de choix est l'ablation par les voies naturelles ; dans tous les autres cas l'intervention par la voie externe est encore le traitement opératoire, qui, s'il n'offre pas des garanties absolues, peut donner les plus grandes chances de guérison.

Poli (Gênes). — **Granulome et sarcome de la cloison du nez.** — L'auteur rapporte l'histoire clinique suivante.

27 mai 1905 : Homme de 57 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, se plaignant d'obstruction nasale gauche depuis vingt jours, d'une légère céphalée et de quelques épistaxis. Fosse nasale gauche complètement obstruée par une tumeur implantée sur la cloison cartilagineuse ; ablation, guérison apparente complète.

15 septembre : Début de récidive, petit nodule brun au-devant et en dehors du point d'insertion de la tumeur primitive ; infiltration d'un ganglion sous-maxillaire gauche.

4 octobre : Excision du nodule, extirpation du ganglion.

Examen histologique : nodule caractéristique de mélanosarcome ; le ganglion lymphatique présente une infiltration sarcomateuse avec de nombreuses figures de karyokynèse. Actuellement le malade semble guéri.

J. Tommasi (Lucques). — **Fibrosarcome du cornet moyen.** — Homme de 31 ans, opéré de polype nasal à droite en février 1902, puis ayant subi la turbinotomie bilatérale le 25 avril de la même année. En décembre 1902, obstruction nasale, douleurs à la racine du nez à droite, masse charnue à large implantation du volume d'une demi noix sur le cornet moyen ; extraction, fibrosarcome à l'examen microscopique. En automne 1904, récidive, extirpation complète du cornet moyen ; le diagnostic de fibrosarcome est confirmé, guérison.

L'auteur conclut qu'il faut user de beaucoup de réserve en formulant le pronostic d'un sarcome nasal ; certaines de ces tumeurs peuvent avoir une évolution bénigne en raison du pouvoir réactif intense des cavités nasales vis-à-vis des infections ; le rhinologiste doit toujours être autorisé à intervenir rapidement et radicalement dans ces cas.

Orlandini rapporte un cas clinique avec issue mortelle.

Gradenigo cite un autre cas qui fut traité par les rayons de Röntgen ; bien que la terminaison fut mortelle, on observa des modifications notables dans les points où purent agir les rayons X. Il pense qu'en cas de sarcome inséré à la partie supérieure des fosses nasales, on peut formuler un pronostic plus favorable quand le diagnostic est fait au début.

Apitolo rapporte un cas clinique de sarcome télangiectasique de la voûte des fosses nasales qui fut guéri radicalement par le

morcellement et des applications externes et interstitielles d'une solution alcoolo-phénico-mentholée.

Ferreri confirme l'opinion du Dr Poli que le diagnostic histologique n'est pas d'une sécurité absolue et qu'il faut aussi tenir compte de la marche.

Massei est d'accord avec les Drs Poli et Ferreri, et s'associe aux orateurs précédents pour déclarer qu'il n'est pas toujours dit que les sarcomes du nez doivent présenter une évolution maligne.

Dionisio rapporte un cas de sarcome du nez guéri par l'application des rayons de Röntgen.

Dionisio (Turin). — **La radiothérapie de l'ozène.** — L'auteur rappelle qu'il a proposé ce traitement déjà depuis quatre ans : il en obtint des résultats bien meilleurs que ceux observés avec les méthodes habituelles de traitement. Sur 50 cas d'ozène traités par la radiothérapie, 48 ont fourni des résultats plus que satisfaisants : dans quelques-uns il a obtenu de véritables guérisons se maintenant depuis trois ans.

Au début le traitement était très long, en raison de l'imperfection des instruments ; chez quelques malades, trois cents séances de deux heures chacune furent nécessaires. Actuellement quatre-vingt ou cent séances d'une durée d'une heure chacune sont suffisantes ; contrairement à ce qu'on peut croire, ce ne sont pas toujours les formes les plus graves qui sont les plus difficiles à guérir. Les régions les moins accessibles aux rayons X présentent la plus grande résistance à la guérison.

Prennent part à la discussion le Dr Orlandini et le Prof. Nicolàï et Gradenigo.

Rossi (de Naples). — **Les sinusites frontales d'intensité variée considérées au point de vue des altérations possibles de la fonction olfactive.** — L'auteur s'est proposé de faire une démonstration expérimentale sur le chien ; le sinus frontal étant mis à nu, il y introduit un tampon d'ouate stérilisée imbibée d'une culture pure de staphylococcus aureus chez un sujet ; chez un autre il se sert d'un tampon de coton imbibé d'une culture pure de bacille typhique. L'éther, le chloroforme, l'ammoniaque paraissent être toujours parfaitement sentis.

Autopsie : Expérience I. — (Culture de staphyloc. aureus), sinus frontal rempli de pus épais jaune verdâtre ; muqueuse granuleuse ; enfractuosités nasales remplies de pus.

Expérience II. — (Culture de bacille typhique), cavité du sinus

frontal disparue par néoformation osseuse ; conduit naso-frontal élargi ; anfractuosités nasales pleines de mucosités purulentes.

Examen microscopique : Expérience I. — Muqueuse du sinus frontal, épithélium de revêtement disparu, tissu de granulation fortement infiltré ; en quelques points, disparition du périoste et lésions d'ostéite raréfiante ; muqueuse des cornets çà et là nécrosée ; substance osseuse des cornets partiellement érodée.

Expérience II. — Sinus oblitéré ; muqueuse des cornets nécrosée. Neurones terminaux des taches jaunes (imprégnation selon la méthode de Golgi) bien conservée ; dans les points où la muqueuse était altérée, les neurones olfactifs l'étaient aussi. Ainsi il devait y avoir sinon une anosmie complète, du moins une diminution de l'odorat causée, non pas par l'altération des neurones centraux, mais par l'action du pus sur la muqueuse.

L'auteur conclut que, dans les sinusites frontales chroniques purulentes, il existe des altérations de l'odorat d'origine périphérique ; il pense que les *neurones olfactifs terminaux* sont doués d'une certaine résistance à l'action corrosive et phlogistique du pus et que, le pus étant chassé par des lavages convenables, l'odorat peut être recouvré.

Orlandini et Campiolini. — **Résultats des 25 premiers cas de cure radicale de suppuration chronique du sac lacrymal par la méthode de Totti.** — Dans les 4/5 des cas de dacryocystite opérés par les auteurs, il y avait des lésions nasales ; sur vingt-cinq opérés, ils n'ont eu jusqu'ici qu'une seule récidive.

Pusateri (Turin). — **Contribution à l'étude des plaies pénétrantes des fosses nasales.** — Dans une première série d'expériences, l'auteur s'est proposé l'étude du processus de guérison des plaies aseptiques du nez intéressant tous les plans de la peau à la muqueuse chez le chien. En sacrifiant l'animal du deuxième au vingt-sixième jour il a constaté :

1° Que sous l'effet de la section, les deux moitiés du cartilage incisé chevauchent l'un sur l'autre, mais à mesure que se fait la cicatrisation, elles se rapprochent peu à peu jusqu'à se mettre de même niveau, maintenues au contact par du tissu conjonctif de nouvelle formation.

2° Les deux bords de la plaie de l'épithélium de la muqueuse sont soudés au sixième jour ;

3° Les bords de la plaie de la couche épithéliale de revêtement de la peau ne sont soudés qu'au vingt-cinquième jour ;

4° La guérison de la plaie se fait par première intention, mais en raison de l'extravasation sanguine due à l'écart des cartilages, la néoformation fibroplastique traîne en longueur, et c'est seulement le vingt-sixième jour qu'on a une cicatrice conjonctive complète et résistante.

Dans une seconde série d'expériences, où l'auteur a voulu étudier la façon de se comporter des plaies suppurantes, infection avec le staphylocoque pyogène aureus virulent, il n'est pas arrivé à provoquer de suppuration chez le chien; il se propose de continuer cette étude sur des animaux plus sensibles.

S. Pusateri (Turin). — **Recherches expérimentales sur la façon dont se comportent les corps étrangers des fosses nasales.** — Les expériences ont été faites sur des lapins, le chien ne s'y prêtant pas. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Du troisième au cent cinquième jour, atrophie du squelette osseux, nécrose du squelette osseux et du cartilage, de la partie externe de la fosse nasale, auxquels se substitue du tissu conjonctif de nouvelle formation ; déviation de la cloison, et parfois perforation de celle-ci ;

2° Au bout de deux mois, la muqueuse peut apparaître épaissie et présenter des formations kystiques ; épithélium cylindrique polystratifié, dont les éléments les plus superficiels tendent à devenir cylindriques.

3° Dès les premiers jours, il peut s'établir une suppuràtion, qui disparaît vers le troisième mois. La sécrétion qui persiste se concrète et l'on voit se produire un cadre clinique analogue à celui de la rhinite caséeuse ;

4° De la fosse nasale, la sécrétion purulente stagnante peut se faire un chemin vers l'extérieur à travers des points moins résistants des parois et peut quelquefois provoquer une infection ascendante vers la cavité crânienne à travers les trous de la lame criblée.

5° Le corps étranger peut parfois, après nécrose de la muqueuse de la cloison, être englobé dans du tissu conjonctif de nouvelle formation.

Tommasi (de Lucques). — **Fibrome du rhino-pharynx.** — L'auteur rapporte l'histoire clinique de trois malades atteints de cette affection, avec confirmation histologique. Il se déclare partisan de l'ablation à l'anse froide ou galvanique.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 30 juin 1905.

Président : Fraenkel

Secrétaire : Heymann

Senator. — **Lupus et tuberculose de la cavité buccale** (de la clinique du Prof. Lassar). — Dans le 1er cas il s'agit d'un lupus commençant de la gencive et de la lèvre supérieure qui, *différant de la marche habituelle*, part d'un lupus primaire du nez. Le lupus du nez (muqueuse et épiderme) existe à peu près depuis un an, et, seulement depuis à peu près huit jours il se trouve une petite ulcération, de la grosseur d'un pois, à peu près dans le voisinage de la première prémolaire gauche et, en outre, un petit nodule commençant de l'autre côté, dans le voisinage de la seconde incisive ou de la canine. La partie environnante du visage et la lèvre supérieure sont absolument libres.

Dans le 2e cas, il s'agit de tuberculose véritable. La partie droite de la cavité buccale, la gencive de la mâchoire supérieure, aussi bien que la muqueuse du palais sont atteintes de façon typique de granulations et d'ulcération commençante. Ce qui est remarquable, c'est la disproportion de la maladie avec l'état des autres organes. Il ne s'agit pas, il est vrai, d'une tuberculose isolée de la cavité buccale. Le larynx est attaqué, de même les poumons, quoique seulement avec les symptômes d'un catarrhe commençant et une conjonctivite lymphatique de l'œil gauche. En somme, plusieurs organes sont atteints, mais ces altérations ne sont pas en proportion avec l'étendue de la tuberculose dans la cavité buccale. La tuberculose de la cavité buccale n'est pas une maladie rare, mais, la plupart du temps, il s'agit d'individus *sub finem vitæ*, avec altérations très étendues des différents organes et état général grave. Ici ce n'est pas le cas. La malade se nourrit bien et se trouve en bon état général avec une euphonie complète ; elle sait à peine combien sa maladie est grave et, par-

(1) Compte rendu par Lautmann d'après *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 5, 1906.

dessus tout, elle ne ressent aucune gêne du côté de la bouche. Je ne puis malheureusement rien dire sur la cause première ni sur le développement chronologique des différentes altérations. La malade est très peu intelligente, et laisse dans l'embarras quant aux données anamnestiques. Il est toujours possible de penser qu'il s'agit de tuberculose primaire de la cavité buccale. La malade vient d'un petit village de paysans où l'on ne fait sûrement pas attention à la propreté et à l'hygiène et il est possible qu'elle ait attrapé la maladie directement par malpropreté ou par du lait de vache tuberculeuse.

L'affection de la cavité buccale est vraiment typique. Le diagnostic est encore affirmé par l'état des autres organes et par l'examen histologique et bactériologique qui donne une image indéniable de tuberculose.

Fraenkel demande d'examiner, dans le cas de tuberculose de la cavité buccale, s'il s'agit d'une tuberculose bovine ou humaine. Il peut s'agir d'une tuberculose par absorption ou par inspiration. S'il s'agit de la première, la possibilité est donnée qu'il s'agisse de bovo-bacillose.

Senator promet de faire un rapport à ce sujet.

Börger. — **Corps étranger du nez.** — Le petit éclat de bois que je me permets de faire circuler est la cause d'une très triste histoire. La mère du malade, celui-ci est âgé de 4 ans, dit que cinq jours auparavant le garçon a joué avec d'autres enfants ; ils se disputèrent et un méchant enfonça un morceau de bois dans le nez de l'enfant. Il retira le bois et revint à la maison sans rien dire. Le jour suivant, il pleura et dans la nuit il saigna fortement du nez. La mère n'y attacha aucune importance. Cependant, comme les jours suivants l'enfant continuait à pleurer, elle se décida le 2 juin à venir à notre polyclinique. Le nez montrait l'aspect suivant : écoulement suppuré et inflammation de la muqueuse. Après cocaïnisation et rétraction de la muqueuse, je réussis à constater un petit corps entre le septum et le cornet inférieur, que je sortis sans peine, à l'aide d'une pince fine : c'était un éclat de bois. Il vint deux gouttes de sang, méritant à peine mention. J'insufflai un peu de dermatol et, comme le malade ne montrait aucun symptôme alarmant, je le laissai rentrer à la maison sans avoir pris d'autres mesures. Quand j'ai revu le malade trois jours après, j'ai eu de suite l'impression qu'il avait le tétanos de Rose.

Le malade présentait une paralysie faciale typique du côté

droit, était larmoyant, il ne pouvait pas avaler et pouvait à peine ouvrir la bouche. Il montrait aussi un léger opisthotonus. Je m'intéressai spécialement à l'état du nez. L'écoulement suppuré avait disparu, le nez paraissait normal ; la muqueuse était dégonflée ; on voyait seulement dans la partie postérieure du septum une petite plaie de vilaine couleur. Je fis de cette plaie des cultures et des préparations. Cela ne réussit pas et à l'institut hygiénique on ne réussit pas non plus à cultiver le bacille du tétanos. Cependant, dans le petit morceau de bois, le bacille du tétanos fut démontré : une petite souris blanche à laquelle on l'inocula mourut deux jours après. Naturellement, j'avais expliqué à la mère le danger mortel de l'état et dit qu'il fallait immédiatement faire une injection d'antitoxine. Les parents se refusèrent à l'injection. Le 6, il n'arriva rien. Le tétanos se montrait de façon caractéristique. Le 7, les parents se décidèrent à conduire le petit malade à la clinique de chirurgie de Bergmann. C'était le 7 au soir, donc deux jours après qu'il eut été chez moi. La trépanation fut faite immédiatement et une injection intra-crânienne de tétanos anti-toxine fut faite par le Prof. Borchert. Cela n'eut aucun effet sur l'état s'aggravant et l'enfant mourut le jour suivant.

Ce qui m'a conduit à vous présenter ce cas, c'est la voie particulière de l'infection. J'ai fait des recherches aussi étendues que possible dans la littérature du tétanos, mais je n'y ai pas trouvé décrite une façon d'infection analogue à celle-ci. Le tétanos de Rose, le tétanos facial a été maintes fois décrit et n'est pas rare. Il a pris souvent son point de départ dans des plaies externes du nez, mais à ma connaissance jamais dans une plaie de la muqueuse du nez. Je tirerai donc de ce cas la leçon que, dans chaque cas de corps étranger suspect dans le nez, il faut dès le début faire une injection prophylactique d'anti-toxine tétanique. Je fais encore une remarque sur ce cas, mais je ne suis pas compétent pour décider. Il existe des divergences d'opinions sur la nature du tétanos de la tête.

Il est en effet étonnant que le tétanos qui provoque généralement des spasmes occasionne des symptômes de paralysie du facial. On a donné plusieurs explications qui toutes ne suffisent pas et celle de Rose n'est ni à accepter, ni à réfuter. Cette explication dit que le facial s'enflamme ; dans l'étroite ouverture du facial au trou stylo-mastoïdien, le nerf subit par tuméfaction une forte pression et cela produit l'état de paralysie.

Malheureusement, les constatations anatomo-pathologiques ne suffisent pas à cette explication et dans notre cas l'autopsie n'a

pas été permise. Je ne peux trouver aucune relation entre la plaie de la pituitaire et l'état du facial. Je sais bien que par le ganglion nasal, le grand nerf pétreux superficiel, on peut établir une relation avec le facial, mais je ne peux pas m'imaginer qu'une inflammation de la muqueuse du nez aurait pris cette voie pour atteindre le facial. A mon cas, l'explication de Rose, aussi plausible qu'elle soit, ne suffit pas.

Benda. — **Sténose syphilitique de la trachée,** présente une préparation provenant d'un cas qui a été envoyé à l'autopsie avec le diagnostic : sténose syphilitique de la trachée. On voit à la bifurcation de la trachée une tuméfaction annulaire occupant pour une partie la trachée et presque symétriquement les deux branches à leur racine.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un tissu fibreux qu'il faut attribuer, d'après l'aspect macroscopique, au groupe des kéloïdes. L'examen anatomo-pathologique n'a pas pu expliquer l'étiologie de cette tumeur cicatricielle. En l'absence de toute autre raison, il faut s'arrêter au diagnostic de syphilis.

En dehors de la syphilis on ne pourrait songer qu'à deux processus : anthracose et corps étranger. On voit assez souvent des ganglions anthracotiques perforés dans les bronches à leur racine et provoquer là une inflammation chronique. Ces inflammations peuvent occasionner une sténose. Dans notre cas, tous signes d'anthracose manquent.

Les corps étrangers peuvent se fixer dans les bronches, surtout dans la droite, y séjourner pendant un temps assez long et occasionner des troubles dûs, soit à une sténose après cicatrisation d'une plaie ou à l'obstruction. Pour illustrer ce fait, Benda présente une préparation où l'on voit les traces laissées par un morceau d'os qui avait séjourné huit ans dans la bronche droite. Deux autres préparations analogues mais moins intéressantes sont présentées. C'est toujours à la bifurcation empiétant sur la bronche droite que le corps étranger se fixe. Dans notre cas, aucune trace de corps étranger.

Il ne reste donc qu'à s'arrêter au diagnostic de syphilis, d'autant que la bifurcation des bronches est un lieu de prédilection pour la localisation. Ce qui plaide contre le diagnostic est la forme de la cicatrice en forme de kéloïde, tandis que généralement les cicatrices syphilitiques ont une tendance au rétrécissement et non pas à la tuméfaction.

Discussion.

Finder a observé le malade dont provient la préparation en discussion. Le malade présentait de la dyspnée. A l'examen laryngoscopique on avait l'impression que la trachée était entourée de masses tuméfiées. Craignant l'existence d'un anévrisme, on s'est abstenu de trachéoscopier le malade. Au point de vue thérapeutique il fallait naturellement ne pas songer à une trachéotomie inférieure. Une exérèse par voie trachéoscopique était inexécutable. On proposa donc au malade de se faire faire une fistule pulmonaire. Le malade quitta le service du Prof. Fränkel et entra à l'hôpital Urban où un mieux sensible s'est produit pendant les premiers jours. Là on maintenait jusqu'à la mort du malade le diagnostic d'anévrisme.

Küttner a eu occasion d'examiner le malade également. Après avoir maintenu le diagnostic d'anévrisme, il l'a échangé contre celui de perforation de la trachée par une tumeur maligne du médiastin.

E. Meyer. — Le cas a été radioscopié. On voyait nettement à la radioscopie une ombre noire, ce qui a décidé à s'abstenir de la bronchoscopie.

B. Fraenkel dit à propos de l'anthracose que les ganglions anthracosiques peuvent donner une ombre aux rayons X. Si sténose il y a en même temps que ces ganglions le diagnostic peut être facilement dérouté.

Benda trouve que le diagnostic clinique de tumeur a été complètement excusable dans ce cas. La première impression à l'autopsie était qu'il pouvait s'agir d'un carcinome squirrheux. Il insiste également sur l'importance que gagnent dans la pathologie des bronches les ganglions anthracosiques. Ils ont des relations avec la genèse de la bronchite chronique.

L'ordre du jour appelle la *discussion de la* **communication de Wolff sur la fièvre des foins et son traitement par le sérum.**

Heymann a examiné presque tous les cas dont parle Wolff. Deux questions intéressent le rhinologiste : 1° existe-t-il une altération spéciale caractéristique. Chez les soixante-douze malades de Wolff et chez les cinquante de la clientèle de Heymann on a trouvé ce qu'on peut trouver sur cent vingt-deux malades, c'est-à-dire des lésions différentes, car il n'existe pas de nez complètement normal.

2° Peut-on tirer quelques conclusions, d'après les anamnes-

tiques et les succès momentanés d'un médicament pour un traitement rhinologique quelconque pendant l'accès? On peut dire non également sur cette question. Rien n'assure le succès d'un traitement pendant l'accès. De restaurer la perméabilité d'un nez sténosé entre deux accès sera évidemment utile, mais rien de plus.

Heymann ne peut pas se défaire d'un certain scepticisme contre la théorie qui attribue à l'infection par le pollen, l'unique étiologie. Quant à l'action de la pollentine, les expériences de Heymann sont identiques à celles de Wolff.

Herzfeld a eu 6 cas de fièvre des foins soignés par la pollentine. Deux ont cessé le traitement à cause de sa cherté; dans les 4 autres cas une amélioration des symptômes nasaux et oculaires était indiscutable, mais l'asthme n'a pas été influencé du tout. Bientôt la pollentine a perdu toute action, surtout quand les accès sont devenus plus forts. Il faut donc se montrer plein de réserve pour l'action curatrice de la pollentine et notre devoir est de chercher des moyens et des méthodes pour soulager les pauvres malheureux atteints de cette affection. Herzfeld rappelle le cas d'un jeune Anglais qui, de santé florissante entre deux accès, était un objet de pitié pendant la crise : le malade pouvait à peine voir, la tête était brûlante, les yeux et le nez coulaient constamment, l'asthme était intense. La pollentine est restée sans succès, de même les autres moyens indiqués. Herzfeld n'a même pas essayé la méthode de Fink qui consiste à insuffler la poudre d'aristol dans le sinus maxillaire. Peut-être la méthode de Denker sera plus efficace, car *a priori* le massage de la muqueuse pourrait la rendre plus insensible aux irritations.

Kuttner refait l'historique de la question. Avant Dunbar, Ellistson (1831), Blackley-Cazenave, ont fait des constatations sur la relation du pollen et de l'asthme des foins. Dunbar a le mérite d'avoir précisé la question. L'action de la pollentine lui paraît plus importante que ne le croit Wolff. On est sur la bonne voie, mais le but est encore loin. Le traitement endo-nasal est absolument indiqué dans les cas où il s'agit d'une affection rhinologique.

Rosenberg croit que la pollentine agit aussi dans les cas graves. La pollentine se range parmi les médicaments les plus précieux dans le traitement de la fièvre des foins.

Herzfeld ne croit pas que la pollentine disparaîtra de l'arsenal thérapeutique, mais il ne faut pas la considérer comme un spécifique.

Wolff constate qu'à l'encontre de Denker, la pollen-toxine native (fraîchement préparée) permettra de reproduire les expériences de Dunbar. Il est évident que la fièvre des foins ne se marquera pas par des altérations spéciales dans le nez, parce que la fièvre des foins est une maladie du domaine de la pathologie interne et non pas de la rhinologie. Le tableau symptomatique de la fièvre des foins est provoqué aussi bien par injections de la pollen-toxine sous la peau que par son application sur la muqueuse vaginale, rectale, etc. Il faut distinguer parmi les différentes formes de la fièvre des foins, surtout entre une forme oculaire et une forme nasale. Au point de vue du traitement on peut dire que l'asthme n'est influencé dans aucune de ces deux formes. Quant au traitement de Denker, le massage peut être raisonnable entre les accès ; pendant l'accès, la méthode échouera sûrement. Il est intéressant de savoir que dix ans avant Denker, Schweninger a déjà conseillé ce massage à un malade et, à ce qu'il paraît, avec très bon effet. Le malade ayant tout dernièrement essayé du sérum a préféré retourner au traitement de Schweninger. Répondant à Kuttner, Wolff dit que la question de priorité est absolument secondaire. De considérer la pollentine comme spécifique est impossible.

Déjà, théoriquement, il est impossible d'accepter qu'un pollen d'une sorte de graminées puisse être effectif comme spécifique contre tous les pollens différents. Evidemment, on ne renoncera pas à l'emploi de la pollentine, il faudra seulement la perfectionner.

SOCIÉTÉ DE LARYNGO-OTOLOGIE DE MUNICH (1)

Séance du 9 janvier 1905.

Président : Prof. Haug

Secrétaire : Hecht

1° Neumayer. — **Sondage du canal lacrymo-nasal, avec démonstration.**

(1) Compte rendu par Lautmann d'après la *Monatsch. fur Ohrenheilkunde*, n° 11, 1905.

2° Trautmann. — **Deux cas nouveaux de la fièvre ganglionnaire.**

En se reportant à son précédent rapport sur le même sujet (séance du 14 décembre 1903, *Monatsch. fur Ohrenheilkunde*, n° 5, 1904 et *Annales* pour les maladies de l'enfance, N. F. LX. H. 3), l'auteur fait une communication casuistique de 2 cas nouveaux chez deux sœurs âgées de 12 et 5 ans. Les principaux symptômes consistaient en une fièvre arrivant rapidement et durant peu, en phénomènes dans la gorge aussi bien qu'en une tuméfaction indolente des glandes lymphatiques régionales. Dans le 1er cas, la fièvre monta à 38,5 et diminua le quatrième jour ; dans le 2e cas la hausse de température commença à 38°, descendit le deuxième jour à 37,8 et se termina le troisième jour à 37,3. Les symptômes subjectifs de maladie disparurent et firent place à un bien-être complet. Ensuite la complication d'une angine folliculaire survint dans le 1er cas et une bronchite dans le 2e. Les deux maladies suffisaient pour expliquer la fièvre. L'inflammation des glandes sous-maxillaires et sous-mentales devait être mise sur le compte de l'angine. On ne pouvait pas rapporter à ces phénomènes apparus ensuite l'inflammation des glandes cervicales ni de la glande axillaire dans le 1er cas. Ce qui est remarquable, c'est que cette inflammation était très persistante.

Dans le 1er cas, l'inflammation des glandes dura quarante-six jours, dans le 2e cas on la constata pendant plus de vingt et un jours, et de plus, l'indolence complète. Dans le 1er cas décrit par l'auteur, aussi bien que dans un cas de Rosenbaum, l'inflammation des glandes n'était pas douloureuse. Ceci doit être mentionné spécialement, car, d'après la première publication de Pfeiffer, la sensibilité des ganglions lymphatiques enflammés est mentionnée dans la description de la maladie.

Les glandes cervicales profondes peuvent être influencées par les maladies qui ont leur entrée dans la cavité buccale ou le naso-pharynx. Toutefois, la voie lymphatique est tout à fait différente de la localisation de l'infection et, en conséquence, l'inflammation des glandes admet aussi une conclusion diagnostique du siège de la maladie.

En raison des conditions anatomiques, on constate, quand la maladie est localisée dans le cavum ou dans la tonsille du pharynx, s'il y a inflammation des glandes lymphatiques, que les glandes cervicales sont prises en premier lieu, mais non les ganglions sous-maxillaires situés à l'avant. Tout autres sont les conditions quand le siège de l'infection est dans la cavité buccale.

Dans ce cas, la première étape dans l'extension systématique de l'infection des glandes lymphatiques, est la glande sous-maxillaire, surtout dans les angines. Si le siège de la maladie est dans la cavité du pharynx et dans la cavité buccale, les glandes correspondante aux deux réseaux lymphatiques peuvent se tuméfier. C'est ce qui est arrivé dans le 1er cas.

Conformément à la théorie de Pfeiffer et de divers auteurs après lui, les glandes lymphatiques ne montrèrent chez les deux malades aucune tendance à la suppuration. Mais il faut ajouter que la suppuration est du domaine de la possibilité. Hainebach admet l'exception et Comby a observé des suppurations répétées.

Dans les cas rares publiés dans la littérature il est intéressant que comme dans les cas précédemment décrits, aussi bien que dans les deux en question, on a trouvé des streptocoques qui pouvaient très bien être considérés comme provocateurs de la maladie. Il serait tout à fait erroné de rendre les streptocoques responsables de chaque cas de fièvre ganglionnaire. Comme l'angine tonsillaire, cette maladie peut devoir son éclosion aux différentes bactéries. On peut supposer qu'il s'agit de l'unique manifestation d'une infection dans le naso-pharynx ne se révélant pas autrement (rougeole-scarlatine). La fièvre ganglionnaire n'est pas une maladie *sui generis*. Cela résulte de la coexistence d'une angine tonsillaire qui a la même cause infectieuse et du fait que beaucoup de personnes dans l'entourage du malade attrapent une tonsillite, principalement les adultes. S'il existe une angine concomitante ou s'il n'existe que de la rougeur de la gorge, avec dysphagie, on est très facilement enclin à considérer ces symptômes comme la seule maladie. Ce siège exclusif correspond à la région anatomique des glandes lymphatiques attaquées.

Dans les cas purs, les maux de gorge sont souvent si faibles que la fièvre et l'inflammation des glandes sont au premier plan comme symptômes. Ensuite il faut considérer comme symptôme initial le rapide et intense saignement de nez, ce qui s'est produit dans les cas précédents et dans le 1er des 2 cas mentionnés. On trouve un très grand nombre de cas de maladies infectieuses aiguës, influenza, rougeole, scarlatine, typhus avec épistaxis, comme symptôme initial.

Les observations de complications, publiées dans la littérature, y compris la néphrite, demandent en première ligne l'examen de l'urine. Dans les cas précédents elle était libre d'albumine.

L'auteur croit, quoique l'angine soit un terme nettement défini, pouvoir employer ce terme dans les maladies du cavum ; seule-

ment il propose, tant qu'on n'aura pas trouvé d'expression meilleure, de parler d'une angine pharyngée pour la fièvre ganglionnaire. Ce nom collectif peut être subordonné à chaque cas spécial d'inflammation de la muqueuse naso-pharyngée et de la tonsille du pharynx.

Discussion.

HECHT. — Je n'ai pas encore eu personnellement l'occasion d'observer un cas typique de la fièvre ganglionnaire. L'établissement de ce diagnostic me semble difficile, même quand jusqu'à la guérison de l'infection il ne se montre pas d'autre symptômes ; il me paraît seulement permis, au cas où le médecin aurait connu l'enfant auparavant et par un examen précédent aurait constaté que l'inflammation régionnaire des glandes, indispensable au diagnostic, n'existait pas auparavant. Si l'on considère combien de de fois, dans les affections chroniques du nez ou du pharynx, les enfants sont atteints de tuméfaction des ganglions du cou, combien ces glandes sont plus ou moins saillantes chez les enfants atteints d'adénoïdes ou de scrofules ; ce fait nous imposera une certaine réserve pour le diagnostic de fièvre ganglionnaire.

Le traitement thérapeutique par des bains nasaux peut avoir un résultat en nettoyant la cavité du pharynx et en enlevant les matières infectées stagnantes.

Par des applications bien faites, il n'y a aucun danger pour l'oreille moyenne.

BOEHM. — J'ai, dans ces derniers temps, traité une malade qui se plaignait de maux de gorge et de tête. Dans la gorge, il y avait une vive rougeur, cependant on ne voyait aucune membrane ; l'examen post-rhinoscopique montra une membrane de l'amygdale, très étendue, confluente, épaisse et suppurée. Il y eut plusieurs jours de fièvre assez sensible, puis inflammation douloureuse des ganglions cervicaux ; je ne puis plus me rappeler de la localisation exacte. Sur ce cas, sans examen post-rhinoscopique on aurait pu diagnostiquer la fièvre ganglionnaire.

STERNFELD. — Il est peut-être intéressant d'attirer l'attention sur ces quelques observations qui ont une valeur pour l'interprétation de la théorie régionale et qui plaident pour l'idée que dans beaucoup de cas de la dite fièvre ganglionnaire, il s'agit d'une infection connue. J'ai pu observer, dans ces derniers temps, 2 cas d'inflammation des glandes cervicales chez des enfants que je connais, qui n'avaient aucune inflammation des glandes aupara-

vant, qui en eurent avec fièvre sans douleurs, et eurent la rougeole ensuite. Après la rougeole, les glandes persistèrent un certain temps, ce qui est en rapport avec l'infection du naso-pharynx, si fréquente dans la rougeole.

TRAUTMANN (conclusion). — Je dois soutenir en ce qui concerne les méthodes de traitement appliquées, que mes recherches n'ont pas porté sur le traitement, mais sur l'existence de la fièvre ganglionnaire que je me suis efforcé de rendre nette. La question du diagnostic absolument sûr, tombe dans un domaine ou de tuméfaction ganglionnaire ou de différentes causes qui sont à différencier entre elles.

Il est important de savoir qu'une simple inflammation du nasopharynx peut amener une inflammation ganglionnaire, surtout dans la région cervicale, et par son explosion brusque donner les signes d'une entité morbide.

Séance du 10 avril 1905.

Président : HAUG

Secrétaire : HECHT

NEUMAYER. — **Cancer du pharynx.** — La tumeur occupe toute la région tonsillaire, elle empiète sur la paroi postérieure du pharynx. Le voile du palais et la langue sont également infiltrés, le larynx est libre. Les ganglions régionaux sont infiltrés. Examen microscopique : carcinome. Opération impossible.

HECHT. — **Sténose membraneuse des choanes.** — Une malade de 29 ans consulte pour obstruction nasale et catarrhe du pharynx. Rhinoscopie antérieure : difformité du septum, rhinite chronique bilatérale. Rhinoscopie postérieure : les choanes fermées presque totalement par une membrane. Le nez et le cavum ne communiquent que par un petit trou grand comme un petit pois, situé près du tiers inférieur du vomer et divisé par lui symétriquement. Les anamnestiques sont muets. La destruction de la sténose sera faite par voie électrolytique.

HECHT. — **Atrésie osseuse des choanes.** — Une couturière de

26 ans consulte pour une otite moyenne suppurée bilatérale. A l'examen du nez on trouve le septum dévié à gauche avec une épine, un catarrhe chronique de la pituitaire, une sinusite maxillaire gauche et une obstruction complète de la choane gauche. A la rhinoscopie postérieure on constate que la choane gauche manque, à sa place on voit une paroi recouverte de muqueuse lisse. La sonde arrive partout sur l'os. La malade n'avait pas de notions de son atrésie nasale à gauche. La fosse nasale droite, suffisamment élargie par la déviation, suffisait pour la respiration. La sinusite s'est manifestée par un écoulement isolé de pus non fétide. Le sondage du sinus est très facile à cause de la largeur anormale de son orifice. En raison de l'obstruction nasale complète, le lavage du sinus a pu se faire très facilement à l'aide d'une grosse seringue dont l'embout introduit dans la narine permettait au liquide injecté de laver le sinus. Guérison complète de la sinusite. La malade est leptoprosopique, l'ogivité du maxillaire supérieur peu prononcée, toutes les dents manquent. Les anamnestiques sont muets également. La mère a 47 ans et a eu dix enfants dont cinq encore sont vivants. L'examen du nez et des oreilles de tous les membres de la famille ne donne rien de spécial, en tous cas pas de déformation analogue à celle de notre malade. L'opération de cette atrésie est indiquée par l'existence de la sinusite et de l'otite.

Haug présente une nouvelle forme de gaze iodoformée. La modification apportée par Haug consiste en ce que la gaze iodoformée peut se dérouler d'un appareil et que la gaze est bordée d'une lisière. Katoch de Munich fabrique la gaze et son étui (pareille modification a été apportée à la gaze par différents fabricants de Paris).

Haug ne se sert plus de gaze iodoformée, il l'a remplacée par la gaze au chinolin-naphtol.

Thanisch. — **Surdité hystérique.** — Une femme de 28 ans est devenue brusquement sourde, à l'âge de 22 ans. Cette surdité n'a persisté que quelques jours. Le 24 du mois de mars 1904, la malade se lève fatiguée ; le soir, elle se plaint de bourdonnements et de douleurs dans les deux oreilles. Un quart d'heure plus tard elle est complètement sourde. Examinée le 26 mars, la malade ne présente rien d'anormal à l'inspection, excepté une surdité complète. Perception osseuse et aérienne éteinte. Le 28 mars, la malade entend le tic-tac de la montre. Un mois plus tard on constate une hyperestésie de la peau et même de l'ouïe. Le 10 décembre, elle

revient à la clinique, sourde de nouveau, à la suite d'une discussion.

Discussion.

Haug dit que cette malade présentait les symptômes de fatigue. Quand la malade, au bout de 25 secondes de perception, prétendait ne plus entendre le diapason, on pouvait, après une pause de 3 ou 4 secondes, la faire réentendre. Ce phénomène de fatigue est un bon moyen de diagnostic ; il est constant dans la névrose traumatique et manque chez les simulateurs.

Hecht a constaté, à la suite de l'influenza, des affections très graves de l'acoustique avec trompe et caisse normales. Le résultat thérapeutique n'était pas brillant.

Discussion.

Haug a également constaté 3 cas de surdité nerveuse à la suite de grippe. Les 3 cas étaient compliqués de vertige et de troubles de coordination. Haug se demande s'il ne s'agissait pas d'une méningite fruste dans ces cas.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE [1]

Trente-septième Congrès annuel tenu à Atlantic City
1-3 juin 1905.

Discussion.

Henry L. Swain. — Demande au Dr Coakley si, dans les 104 cas de sinusite frontale, traités avec succès par son procédé, l'entrée du canal naso-frontal s'obtura. Sur la réponse affirmative du Dr Coakley, il lui demande quelle voie d'accès il préfère, la voie frontale ou la voie de la paroi inférieure.

Clément F. Theisen. — A vu opérer le Dr Coakley à sa Clinique et a pratiqué lui-même trois fois son opération. Les résultats ont

[1] Compte rendu par H. Caboche, d'après *The Laryngoscope* (V. *Annales*, février 1906, n° 2).

été excellents. Il pense que ce procédé seul permet d'obtenir ce point capital au point de vue de la cure radicale : l'oblitération du canal naso-frontal.

GEORGES L. RICHARDS. — Pense que les variations anatomiques de la région font qu'il ne pourra jamais y avoir un type unique d'intervention.

Il préfère l'opération de Coakley à celle de Killian : elle permet plus sûrement l'oblitération du sinus, qu'on doit, en règle, s'efforcer d'obtenir.

Il aborde le sinus par sa paroi inférieure ; l'oblitération est obtenue en un temps variant entre plusieurs semaines et quatre ou cinq mois. La déformation est à peu près nulle.

Il faut évidemment détruire toute la muqueuse, et toutes les cellules ethmoïdales malades.

OTTO T. FREER. — Se déclare très partisan du curettage du sinus maxillaire par la voie endo-nasale suivant la méthode proposée par Rethi, et, un peu plus tard, par Claoué de Bordeaux.

Le premier temps consiste dans l'ablation du tiers antérieur du cornet inférieur. Jamais l'auteur n'a vu apparaître cette production exubérante de croûtes qu'on a signalée après la turbinectomie. Il est vraisemblable que ce phénomène ne se produit que si on a opéré sur une muqueuse malade infectée et dont l'épithélium vibratile a disparu. Toujours, dans les cas observés par l'auteur, la production des croûtes a pris fin après la complète cicatrisation de la plaie opératoire.

Rethi enlève la paroi sinusale de la fosse nasale depuis une ligne parallèle au bord inférieur du cornet moyen jusqu'au plancher de la fosse nasale, et depuis une ligne verticale rasant la tête du cornet moyen jusqu'au tiers postérieur du cornet inférieur. Par cette brèche on a vue sur la presque totalité du sinus maxillaire que l'on peut facilement cureter.

JOSEPH H. BRYAN. — Pense que la méthode endo-nasale de Rethi et Claoué n'est applicable qu'aux sinusites subaiguës ou chroniques jeunes. Dans les sinusites chroniques datant de plusieurs années, il est nécessaire de trépaner la fosse canine pour permettre à la curette d'enlever toute la muqueuse malade.

En ce qui concerne la sinusite frontale, il a guéri tous ses malades en refermant la plaie. Que la plaie soit ouverte ou fermée, toujours la cavité se comble par bourgeonnements. Chez deux anciens opérés (opérés de nouveau inutilement) l'auteur a pu vérifier le fait : dans l'un, la cavité était comblée par du tissu osseux, et, dans l'autre, avec des granulations très fermes et difficilement

enlevables à la curette. — L'auteur n'est pas partisan de la méthode de Killian. Il ne l'a pratiquée que sur le cadavre. Mais il a vu des malades opérés en Europe. De ces examens il résulterait : 1° que la méthode est très défigurante ; 2° qu'elle ne guérit pas toujours, puisqu'il a vu persister du suintement chez quelques opérés ; 3° qu'elle n'est pas radicale, puisque un des opérés a dû subir trois interventions pour obtenir la guérison.

Lewis A. Coffin. — En ce qui concerne les indications opératoires de la sinusite maxillaire, l'auteur partage complètement la manière de voir de Bryan.

Pour ce qui est du sinus frontal, l'auteur se montre partisan dans de certaines conditions de l'opération ouverte qu'il a eu l'occasion de décrire déjà en 1892.

Dans les sinus petits et réguliers l'opération ouverte constitue l'opération de choix.

Dans les sinus grands et réguliers elle est encore indiquée ;

Dans le cas d'ethmoïdite concomitante l'opération de Killian est plus avantageuse.

Cette dernière est l'opération de choix dans les cas de grands sinus, irréguliers avec ethmoïdite concomitante.

Egalement aussi dans les cas de sinusite sphénoïdale concomitante.

La meilleure voie d'accès sur l'ethmoïde est la voie externe. C'est aussi la voie la plus conservatrice, car on ne fait pas forcément l'ablation du cornet moyen.

Thomas J. Harris. — A côté des cas où l'indication opératoire est très nette, il en est d'autres, où la conduite à tenir n'est pas encore définie.

Une sinusite quelconque, caractérisée seulement par de l'écoulement purulent sans autre symptôme capital, nécessite-t-elle une intervention ? L'auteur rapporte la statistique de Logan Turner d'Edimbourg : 24 cas de morts consécutifs à l'intervention sur le sinus frontal. Opérer pour un simple écoulement purulent est donc prendre une décision grave.

Payson Clark. — Insiste sur la distinction des sinusites maxillaires en sinusites de cause dentaire et sinusites de cause nasale. Les premiers guérissent très simplement par l'ablation de la dent en cause, même quand elles sont très anciennes.

Quant au traitement opératoire de la sinusite maxillaire, il préconise le Caldwell-Luc sans aucun tamponnement pour éviter la douleur.

J. Price Brown. — Ne conseille pour le traitement de la cure

chirurgicale de la sinusite maxillaire, ni le Cadwell-Luc, ni les Rethi-Claoué, mais la simple ouverture de la fosse canine, suivie d'un drainage spécial.

ROBERT C. MYLES. — A employé tous les procédés opératoires de traitement de la sinusite frontale depuis 15 ans, sauf le procédé de Killian. D'après son expérience, ce sont les procédés conservateurs qui lui ont donné les meilleurs résultats. Il y a de quoi hésiter à entreprendre d'emblée la cure chirurgicale lorsqu'on pense à la statistique de 24 décès post-opératoires rapportée par Turner.

COAKLEY. — Répondant à une remarque qui lui a été faite, reconnait que souvent les sinusites frontales aiguës guérissent spontanément. Mais dans un bon nombre de cas de sinusites chroniques, l'histoire de l'affection fait reconnaître qu'elle a débuté par une phase aiguë, et qu'elle ne serait pas devenue chronique si elle avait été soignée convenablement dès le début.

En ce qui concerne l'oblitération du canal fronto-nasal, il a colligé avec soin tous les cas de sinusite chronique, où le cathétérisme du canal fut possible.

Dans la plupart des cas il a essayé les différents procédés de curettage intra-nasal. « Je trouvai de nombreux cas de sinusite frontale chronique s'accompagnant d'ethmoïdite, de sinusite maxillaire et aussi de sinusite sphénoïdale d'une façon non exceptionnelle. Les polypes étaient enlevés par la voie endo-nasale, l'ethmoïde curetté et ouvert à la pince forceps, et en cas d'échec (ce qui arriva dans un grand nombre de cas) j'entrepris l'opération radicale. Sachant à quelle profondeur j'avais pu passer ma sonde dans le canal naso-frontal avant l'intervention, j'essayai après l'intervention de cathétériser à nouveau le conduit. La sonde pouvait rarement pénétrer plus avant qu'un quart de pouce. Deux cas pendant la cicatrisation desquels la sonde pénétrait au delà de cette limite, ne purent guérir qu'après une seconde intervention. En sorte que je pense que, si le canal fronto-nasal ne s'oblitère pas, c'est qu'on a oublié quelque cellule ethmoïdale infectée, ou quelque lambeau de muqueuse infectée dans le voisinage de la portion inférieure du canal fronto-nasal. C'est ce qui eut lieu dans les deux cas où une seconde intervention fut nécessaire.

« Je pense que, en opérant par ce procédé, certaines précautions sont nécessaires : en premier lieu, il est absolument nécessaire d'enlever tout vestige de la membrane muqueuse, de détruire toutes les cellules ethmoïdales malades et le canal naso-frontal...,

il faut rechercher avec soin tous les récessus du sinus frontal, notamment ceux qui s'étendent en arrière au-dessus du toit de l'orbite. Je ne connais rien de plus important que l'ablation de la muqueuse de ces diverticules sinusiens.

« Le Dr Swain m'a demandé quelle étendue osseuse j'enlève en opérant ! J'ai d'abord enlevé les trois quarts de la paroi antérieure du sinus, suffisamment pour pouvoir atteindre toutes les parties de la cavité. Plus tard, j'ai reconnu que l'ablation de toute la paroi amenait moins de déformation, et diminuait la durée de la cicatrisation. Le volume du sinus varie dans de grandes proportions. J'en ai parfois rencontré de très volumineux.

« Plus la cavité est spacieuse, plus la durée de cicatrisation est longue (toutes choses égales d'ailleurs). Dans les deux cas où une seconde intervention fut nécessaire je fus surpris de trouver, au lieu du tissu connectif que j'attendais, du tissu osseux.

« Dans les premiers temps qui suivent la guérison, le tissu cellulaire et le périoste sont très adhérents ; un peu plus tard ils deviennent légèrement mobiles sur les parties profondes.

« En tamponnant la plaie je sépare largement les lèvres de la plaie. La partie externe de l'incision est réunie par deux ou trois points de suture ; environ 2 centimètres de la partie médiane sont laissés sans suture, et les lèvres de la plaie sont séparées à ce niveau par la gaze introduite dans la cavité. »

William E. Casselberry. — A remarquer que la plupart des sinusites aiguës guérissent spontanément. Il est heureux de remarquer que le Dr Coakley, tout en s'étant surtout placé, dans sa note, au point de vue chirurgical, arrive à des conclusions sensiblement les mêmes que les siennes en ce qui concerne les indications opératoires, et laisse une large place aux méthodes endonasales et conservatrices.

John O. Roë. — Constate que l'on s'est surtout occupé des procédés chirurgicaux du traitement des sinusites au détriment des procédés moins radicaux ; et que la question de l'ethmoïdite est passée presque inaperçue. Or, il est aussi important de traiter l'ethmoïdite que les autres sinusites, car l'ethmoïde est souvent le premier atteint, et contamine secondairement les autres sinus.

Il n'est pas inutile de préciser ce qu'il faut entendre par traitement conservateur et traitement radical. Pour lui on doit réserver le nom de radical aux procédés de traitement qui emploient la voie externe comme voie d'accès. Le curettage endo-nasal, l'ablation du cornet moyen par voie endo-nasale constituent des moyens conservateurs.

Comme le Dr Coffin, il estime que l'ablation du cornet moyen n'est pas indispensable pour curetter, même par voie endo-nasale, l'ethmoïde antérieur et l'ethmoïde postérieur.

Dans aucun cas il ne regarde l'opération par voie externe indiquée, sauf lorsque l'ethmoïdite coïncide avec une sinusite frontale résistant au traitement endo-nasal.

Il reconnaît avec le Dr Harris que l'ethmoïdite infecte presque invariablement le sinus sphénoïdal. En traitant le sinus sphénoïdal il est donc de la plus haute importance de réséquer l'ethmoïde postérieur.

Passmore Brens. — Rappelle ce qu'il a dit déjà dans sa communication : lorsque la sinusite sphénoïdale coïncide avec une sinusite maxillaire et une ethmoïdite, il trépane en suivant la voie du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales. Quand la sinusite sphénoïdale coïncide seulement avec une ethmoïdite, il attaque ethmoïdite et sinusite par la voie endo-nasale. Il est des cas où une déviation de la partie postérieure de la cloison cache et l'ostium sphénoïdal et l'ethmoïde postérieur; dans ces cas, même si le sinus maxillaire est sain, il faut choisir la voie transmaxillaire.

En terminant, l'auteur rappelle que les cellules ethmoïdales rappellent un peu la disposition des cellules mastoïdiennes, et que, à ce niveau comme au niveau de la mastoïde, le succès dépend de l'ablation complète de l'organe malade.

ANALYSES

I. — *NEZ*

Traitement de la rhinite chez l'enfant, par Vohsen (*Berlin. klinisch. Wochensch*, n° 40, 1905 ; *b*) même sujet par Sondermann (dans *Munch. klinisch. Wochensch.*, n° 30, 1905).

Les pédiatres savent quelle grave maladie est le rhume de cerveau chez l'enfant et surtout chez le nourrisson. Si la rhinite devient chronique, il mérite pleinement le jugement de Baginsky qui l'appelle « une maladie excessivement ennuyeuse et désagréable ».

Ce jugement se rapporte, bien entendu, au traitement, car si une adénotomie, essayée à tout hasard, ne donne rien, la vaseline mentholée n'aura pas plus de succès.

S'il faut en croire Sondermann, l'aspiration offre un bon moyen pour débarrasser la cavité nasale de l'enfant de ses sécrétions encombrantes et pour amener une guérison des rhinites même invétérées, voire même des suppurations sinusales chez l'enfant.

Le procédé consiste à fermer le nez hermétiquement par un masque et à aspirer à travers ce masque, à l'aide d'un ballon, l'air qui se trouve dans la cavité nasale. Il est nécessaire, pour que l'air se trouve complètement enfermé dans le nez, que le malade prononce la voyelle I ou exécute un mouvement de déglutition. Chez le nourrisson ou l'enfant au-dessous de 5 ans, on profitera de ce qu'il crie. De cette façon, on aspire toute la sécrétion qui se trouve dans les fentes les plus reculées de la pituitaire voire même dans les cavités du sinus. Dans un article paru dans le n° 1 de la *Munchn. Wochenschr.* de 1905, où Sondermann décrit pour la première fois son procédé chez l'adulte, il insiste longuement sur le profit qu'on peut en tirer dans le diagnostic et le traitement des sinusites.

Le reproche qu'on pourrait faire à ce procédé d'augmenter la congestion de la muqueuse se tourne, au contraire, en avantage.

D'après Bier, on connaît l'influence heureuse de la congestion sur les inflammations. Sondermann s'y refère pour expliquer les résultats heureux obtenus avec sa méthode dans les cas de sinusite, ozène, rhinite chronique simple. Les huit observations ajoutées à sa première publication paraissent assez convaincantes, et l'expérience qu'il a dû gagner depuis sa première publication a dû suffisamment contenter l'auteur pour qu'il n'en publie pas d'autres. Il recommande son procédé, sûr de son effet. Il paraît qu'entre les mains de Spiess il a donné de bons résultats également, sans qu'on ait pu signaler de graves inconvénients à mettre à son compte.

L'appareil à aspiration est fabriqué par la maison Kühne, Sievers et Neumann, à Cologne. Nippes Vohsen, sans expérience personnelle, à ce qu'il nous semble, soumet le procédé de Sondermann à une critique sévère, et propose à sa place un procédé que nous ne pouvons nullement qualifier de nouveau. Il préconise simplement de faire un Politzer chez l'enfant, l'une des narines restant ouverte. Qui de nous ne s'est pas servi de ce procédé pour moucher un enfant? Le traitement, d'après Vohsen, demande encore l'introduction de quelques gouttes d'une solution de cocaïne

paranéphrine. Avec toute la meilleure volonté, il nous paraît difficile de croire qu'on diagnostiquera aussi facilement que Vohsen par ce procédé, les rhinites aiguës, chroniques, fibrineuses, les végétations adénoïdes et l'atrésie des choanes. LAUTMANN.

Atrésie nasale, par WALKER DOWNIE (*Glasgow medico surgical Society* in *Glasgow med. journal*, juillet 1904, p. 34).

Ce malade, enrôlé dans le génie, reçut, au Transvaal, une balle de fusil Mauser, qui entra dans la joue gauche, à un pouce en dehors de la commissure labiale. La balle traversa la bouche et sortit au niveau de la joue droite, enlevant une partie du maxillaire supérieur droit. Dans ce trajet, elle fractura la voûte du palais et traversa la cloison nasale près du plancher. Il se produisit une hémorrhagie violente, et les jours suivants il sortit des esquilles osseuses par les plaies. Le malade fut réformé et eut à plusieurs reprises des hémorrhagies nasales.

A l'examen, l'auteur constata que la narine droite était complètement obstruée par une adhérence intime entre le cornet inférieur, le plancher de la fosse nasale et la cloison. Dans la narine gauche, la cloison et la paroi externe étaient réunies par une bande de tissu cicatriciel. L'auteur chloroforma le malade, puis sectionna la bande cicatricielle du côté gauche, et la synéchie du côté droit, les surfaces étant ensuite cautérisées. Les fosses nasales furent ensuite tamponnées à la gaze, et le malade renvoyé cinq jours après. L'auteur dit que les narines étaient presque guéries à ce moment (!) A. RAOULT.

Nouvelle contribution à la rhino-chirurgie, par L. LÖWE (*Monats. f. Ohrenheilkunde*, n° 3, 1903).

A propos de la chirurgie du septum, Löwe propose une modification de l'ancienne opération de Rouge. Winkler, qui l'a essayée, la qualifie d'aventureuse. Le même Winkler se montre plus favorable à un procédé de décollement du palais proposé par Löwe, dans l'article paru dans *Monatschrift*, tome XXXVII, page 280.

LAUTMANN.

Fièvre des foins, par OTTO SCHERER (*Journal of the Michigan State medical Society*, mai 1904, in *The Monthly Cyclopædia*, juin 1904, p. 215).

D'après l'auteur, le pollen du « ragwerd » est le seul qui pro-

voque chez les malades prédisposés des attaques de fièvre des foins. Il a extrait de ce pollen une substance qu'il a nommée l'ambrosine, substance soluble dans une solution saline glycérinée. Cette solution provoque l'attaque de fièvre des foins, de même que le pollen, si elle est placée sur la muqueuse nasale ou sur la conjonctive des personnes prédisposées. Ces constatations n'expliquent pas la prédisposition à contracter cette affection.

A. RAOULT.

Le premier cas de rhinosclérome observé en Roumanie par Costiniu (*Revue hebdomadaire de laryng. otol. et rhinol.*, 13 janvier 1906).

Cette maladie est, en Europe, limitée à l'Autriche-Hongrie, et n'avait pas encore été observée en Roumanie. Sténose des fosses nasales presque complètes due à des multitudes de petites nodosités ; voile rétracté, amygdales atrophiées ; piliers durs, les postérieurs étant adhérents ; pharynx parcheminé. La couche cornée contenait des groupes compacts de bacilles, les papilles hypertrophiques sont formées de grandes cellules épithélioïdes avec cellules embryonnaires et fibres conjonctives jeunes. Curettage de toutes les fongosités jusqu'aux choanes, cautérisation au thermocautère ; tous les cinq jours, cautérisation au chlorure de zinc. Amélioration.

A. HAUTANT.

Contribution à l'étude de l'étiologie de l'obstruction nasale, par W. Roth (*Revue hebdom. de laryng., otol. et rhinol.*, 20 janvier 1906).

Il existe des cas d'obstruction nasale monolatérale, à laquelle on ne trouve aucune cause anatomique, produite par un gonflement du tissu caverneux du côté atteint et qui disparaît momentanément après une application de cocaïne. Roth croit que ces cas sont explicables par une affection de l'antre d'Highmore, quoiqu'il n'y ait pas de sécrétion pathologique dans le nez ou l'épipharynx. Il s'agirait d'un catarrhe de l'antre caractérisé par un exsudat de consistance dure, qui ne peut être évacué spontanément, et que seules des injections à forte pression arrivent à expulser. L'obstruction nasale s'expliquerait par ce fait que l'exsudat congloméré détermine sur les nerfs sensitifs de la muqueuse une irritation qui se transmet par voie réflexe aux vaso-moteurs du tissu caverneux du nez et en provoque le gonflement. A. HAUTANT.

Abcès de la cloison nasale, par M. Bargy (*Revue hebdomadaire de laryngol. otol. et rhino.*, 27 janvier 1906).

Article très détaillé, suivi d'une bibliographie complète de la question.

Les premiers cas d'abcès de la cloison remontent à Cloquet (1830) ; le premier travail d'ensemble est la thèse de Beaussenat (1864). Dans ces dix dernières années, il y a eu sur ce sujet de nombreuses publications en toutes les langues. Bargy y ajoute 9 cas nouveaux.

L'auteur débute par une étude approfondie de l'anatomie du septum nasal. Il signale la minceur de la zone moyenne du cartilage quadrangulaire, siège de prédilection de l'hématome et de l'abcès, où les deux muqueuses du septum sont directement adossées l'une à l'autre ; d'après ses recherches personnelles, il admet que la muqueuse, au niveau du cartilage quadrangulaire, présente surtout à sa partie antérieure et inférieure, une zone d'adhérences moindres qui explique la facilité des collections en cet endroit.

C'est une affection du jeune âge, rare pour Garel, plus fréquente pour Ruault. Le plus souvent elle succède à un traumatisme qui a tordu la partie cartilagineuse du nez, d'où décollement et hématome sous-muqueux, qui suppure de quelques jours à quelques semaines après l'accident. Parfois l'abcès succède d'emblée à un traumatisme par inflammation de la muqueuse excoriée. Quelquefois furoncle, anthrax, érysipèle, coryza purulent, sont le point de départ de l'abcès. Enfin il y a des abcès idiopathiques probablement à la suite d'une minime excoriation de la pituitaire, ou au cours d'une maladie infectieuse générale telle que fièvre typhoïde, rougeole ou scarlatine, comme dans un cas rapporté par Bargy. A côté de ces abcès aigus, il y a des abcès chroniques, symptomatiques, d'une nécrose tuberculeuse de la lame perpendiculaire ou du vomer.

L'abcès siège à la partie moyenne de la cloison. Il décolle la couche vasculaire de la muqueuse des couches dures sous-jacentes, dénude le cartilage et détermine sa nécrose, d'où déformation en coup de hache du dos du nez.

B. n'admet pas l'opinion de Gouguenheim pour qui cette fonte du cartilage siège à l'union de la cloison cartilagineuse et de la lame perpendiculaire ou du vomer. Il s'agit, comme le soutient Moure, d'une destruction du cartilage au-dessous des os propres du nez, là où siège le coup de hache, et c'est la partie antérieure du cartilage qui est intéressée. Le pus de l'abcès est blanc jau-

nâtre, phlegmoneux. On y trouve surtout du streptocoque, puis du staphylocoque, bacille de Koch.

Les signes subjectifs sont un peu de malaise, un mouvement fébrile et une douleur intranasale. L'extrémité du nez est rouge, tuméfiée, avec œdème de la lèvre supérieure pouvant gagner les joues. Le double abcès est la règle. Tuméfaction dont le maximum est au niveau de la partie antéro-inférieure de la cloison, de couleur rouge vif, douloureuse, chaude, fluctuante, comme appendue à la cloison. La palpation peut faire refluer le pus d'un côté dans l'autre. Sécrétion purulente quand l'abcès est ouvert. Le stylet révèle la présence de deux poches avec une perforation du cartilage.

Les troubles fonctionnels sont ceux de l'obstruction nasale bilatérale.

S'il s'agit d'un abcès froid, le début est insidieux, avec céphalée graduelle et le pus se collecte sans réaction inflammatoire.

L'abcès aigu, ouvert et vidé, détermine au-dessous des os propres du nez un affaissement de la partie inférieure du dos du nez, dit en coup de hache.

Quelquefois il se produit des phlébites ou un érysipèle.

Le diagnostic est facile. La formation du pus le différencie de l'hématome simple. La périchondrite séreuse est un hématome transformé.

L'abcès froid ne sera pas confondu avec un polype dont le pédicule est supéro-externe, avec une déviation de la cloison, avec les néoplasies osseuses et cartilagineuses de la cloison, les gommes syphilitiques.

Il faut ouvrir largement l'abcès afin d'éviter les désordres du cartilage. B. conseille l'emploi du galvanocautère qui ne détermine pas d'hémorrhagies et évite le recollement des deux lèvres de la plaie. Il sera quelquefois utile de faire une contre-ouverture. Tamponnement bilatéral à la gaze iodoformée. Autoplastie en cas de déformation. A. HAUTANT.

Un cas de complication oculaire de sinusite sphénoïdale, par E. DELNEUVILLE (*Presse oto. rhino. laryngol. Belge*, janv. 1906).

L'examen du nez est de première importance dans le cas d'affections oculaires dont l'étiologie ne peut être nettement établie. Ziem, dès 1893, insistait sur ce point ; Schmiegelow a rapporté quelques erreurs de diagnostic ophtalmologique causées par la méconnaissance d'une sinusite. De nombreux cas de dacryocys-

tites, de conjonctivites à récidives, et même certains faits d'iritis, d'irido-choroïdite, de névrite sont sous la dépendance d'une affection nasale.

Ce sont surtout les cavités annexes et particulièrement le sinus sphénoïdal qu'il faut incriminer. La sinusite sphénoïdale a, en effet, une marche plus insidieuse et le malade songe moins à s'en plaindre.

Delneuville a observé un cas de sphénoïdite avec complication oculaire. Un malade vient le consulter pour une névrite rétro-bulbaire, et se plaignit simplement d'un peu de céphalée et d'un coryza droit opiniâtre. Il avait du pus dans sa fosse nasale droite, ainsi que sur la voûte du pharynx. La transillumination faisait écarter les sinusites frontales et maxillaires; il s'agissait d'une sinusite sphénoïdale compliquée d'une névrite rétro-bulbaire. Traitement par des inhalations d'alcool mentholé, les sécrétions disparaissent du nez et de la voûte du pharynx, la névrite s'améliore.

A. HAUTANT.

Trois cas d'anomalies des sinus, par MENZEL (*Monatsch. f. Ohrenheilkunde*, n° 9, 1905).

Menzel est d'avis de publier tous les cas d'anomalies rares du sinus. Ces publications, à part l'intérêt scientifique, ont un intérêt pratique également. Témoin le cas de Bayley : douleur au-dessus de l'œil droit, ouverture du sinus frontal droit qui est sain, méningite, mort. Autopsie : de chaque côté se trouve derrière le sinus frontal normal une cavité accessoire s'ouvrant par des conduits spéciaux dans le méat moyen. Dans le sinus droit accessoire se trouve du pus, la paroi postérieure est cariée.

Nous n'insistons pas sur la description des 3 cas trouvés par Menzel sur les préparations appartenant au musée de Zuckerkandl. Nous aimons mieux rapporter sa conclusion :

« Si après ouverture du sinus frontal le diagnostic clinique des suppurations ne paraît pas justifié, il ne faut pas se contenter de cette constatation et il faut rechercher des proéminences, surtout sur la paroi inférieure, suspectant des cavités accessoires.

LAUTMANN.

Cas d'encéphalite consécutive à la suppuration de l'antre sphénoïdal, par HEINRICH HALASZ (*Monatsch. fur Ohrenheilkunde*, n° 9, 1905).

Vu la rareté de ces cas, l'observation très intéressante de Ha-

lasz aurait gagné en valeur par une étude plus approfondie, surtout histologique. Une femme de 35 ans, souffrant de céphalées, d'obstruction et de sécrétions nasales unilatérales, entre dans le service de Halasz, le 1er décembre 1905.

Après quelques interventions intranasales, la malade se sent soulagée et refuse la continuation du traitement. Halasz suppose une affection du sinus sphénoïdal. Après deux séjours à l'hôpital, la malade revient le 22 août 1904 où elle est reçue avec une paralysie bilatérale partielle du moteur de l'œil. La malade accuse de plus, en dehors de la suppuration du nez, des céphalées venant de temps en temps. Pendant l'hospitalisation, on constata encore chez elle la confusion mentale. Deux jours plus tard, la malade meurt.

A l'autopsie, on trouve les méninges et les vaisseaux normaux, les ventricules latéraux contenant à peu près 5 à 6 grammes de liquide, la pie-mère, dans la région du chiasma, de l'hypophyse œdématiée ; la section du lobe frontal dans la région du chiasma fait voir un foyer de ramollissement de couleur jaune, grandeur de noisette, sis dans le lobe frontal gauche, juste au-dessus du chiasma. Le chiasma, le tronc optique et le moteur commun de l'œil paraissent sains à l'inspection.

Paraissent également intéressés, et surtout du côté gauche, la substance perforée antérieure, la commissure antérieure, le noyau lenticulaire et une grande partie de la capsule interne.

On ne trouve pas de lésions sur les parois de la cavité sphénoïdale, ni perte de substance aucune. L'intérieur de la cavité sphénoïdale gauche est complètement vide, avec muqueuse normale.

Dans le sinus sphénoïdal droit, on trouve à peu près 2 grammes d'une sécrétion gélatineuse ; la muqueuse est ici œdématiée et se détache de la paroi postérieure. Sinus frontal et ethmoïdal paraissent normaux. Hasz appelle l'attention sur le fait que, quoique le foyer originaire de la suppuration se trouve du côté droit, les lésions cérébrales prévalent du côté gauche. Il est intéressant aussi de mettre en parallèle les grands troubles psychiques avec les lésions du lobe gauche.

LAUTMANN.

Sur la présence des fibres nerveuses à myélaxe dans les cas de névrose reflexe du nez, par V. Widakswich (*Monatschrift für Orenheilkunde*, n° 8, 1905).

R. Lévy, en examinant deux cornets inférieurs provenant de malades atteints de névrose reflexe rhinogène, a trouvé qu'il exis-

tait une quantité extraordinairement riche de filaments nerveux, même d'un certain calibre, parcourant la muqueuse. Cette constatation, pas encore contrôlée par d'autres, a fait le point de départ du travail de V. V. a examiné 4 cas d'asthme nasal et 4 cas de névralgie reflexe du trijumeau ; au lieu de contrôler le travail de Lévy, il se contente d'apporter une critique de son travail, la partie originale du travail de V. consiste dans la constatation de nombreux filaments nerveux à myélaxes dans la muqueuse du cornet inférieur. LAUTMANN.

Démonstrations sur les suppurations des sinus accessoires du nez, avec projections, présentation de malades et pièces anatomiques, par le Dr Walker Downie (*Glasgow. northern medical Society* in *Glasgow med. journal*, mai 1904, p. 386).

L'auteur expose devant les membres de la Société les différentes formes anatomiques des cavités accessoires des fosses nasales, ainsi que la pathogénie, l'anatomo-pathologie et la symptomatologie des lésions inflammatoires qui les concernent. Il montre les différentes méthodes de diagnostic de ces affections, puis relate les procédés de traitement des sinusites. A. RAOULT.

II. — *LARYNX*

Traitement local de la tuberculose laryngée, par R. H. Skillern (*American medicine*, 7 mai 1904, *in Monthly cyclopœdia,* juin 1904, p. 217).

C'est un résumé des différents modes de traitement de la tuberculose laryngée suivant la forme et la gravité de la lésion et des complications. A. RAOULT.

Tuberculose du larynx et interruption artificielle de la grossesse, par Sokolowsky (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 27, 1904).

La grossesse a toujours une influence fâcheuse sur la tuberculose du larynx. Les laryngologistes et quelques accoucheurs (Schauta) ont conseillé d'interrompre la grossesse dans les cas de tuberculose du larynx. Sokolowski a eu deux femmes en traitement chez lesquelles, en raison des progrès rapides que faisait la laryngite tuberculeuse à cause d'une grossesse évoluant en même

temps, a fait exécuter l'accouchement avant terme. Malgré deux résultats mauvais (les deux malades sont mortes dans le mois qui a suivi l'accouchement, et les enfants ont survécu l'un dix semaines l'autre quatre semaines) il est d'avis d'interrompre la grossesse chez les femmes atteintes de tuberculose du larynx.

Tous les auteurs, même ceux partisans de l'idée d'interrompre la grossesse en cas de laryngite tuberculeuse, ne défendent pas ce radicalisme de Sokolowsky.

Ainsi, par exemple, Kuttner croit que le danger pour la malade est plus grand si l'on interrompt la grossesse qui a passé le septième mois, que si l'on laisse accoucher la femme à terme. D'autres conseillent l'avortement seulement dans les premières semaines de la grossesse. Quant au degré de la laryngopathie, un état avancé de la phtisie laryngée forme une contre-indication pour la plupart des auteurs, tandis que Kuttner voit au contraire dans un état par trop avancé de la tuberculose laryngée une contre-indication pour l'intervention obstétricale.

Citons enfin le conseil pratique de S. de rechercher de parti pris la possibilité de grossesse chez chaque femme qui consulte pour une tuberculose du larynx. LAUTMANN.

Nodules vocaux œdématiés, par RÉTHI (*Monatsch für Ohrenheilkunde*, n° 9, 1905).

Il y a des chapitres en rhinologie où l'on n'avance pas. Les auteurs semblent piétiner sur place. Ne sait-on pas que les nodules vocaux peuvent devoir leur origine soit à une hyperplasie du tissu épithélial, vraies verrues de la corde ; soit à une transformation kystique d'une glande normale, soit à un relâchement partiel et infiltration séreuse de la corde ? Réthi a observé deux nodules vocaux caractérisés par une extrême variabilité de leurs dimensions et de leur aspect chez deux chanteuses qu'il a guéries, par une sorte de véritable scarification, après de variables essais thérapeutiques restés infructueux. LAUTMANN.

Les causes de la paralysie complète du nerf laryngé inférieur ou récurrent, par EUGÈNE FÉLIX (*Semaine médicale*, 20 décembre 1904). 5

Ce n'est pas un article, c'est un résumé très long et fort bien fait, où l'étiologie des paralysies récurrentielles est décrite, divisée en chapitre, subdivisée en sections où chaque cause est rapidement exposée :

Tout d'abord, un peu d'anatomie ; la participation du récurrent à toute sorte de processus morbides s'expliquant par le fait des multiples rapports qu'il contracte avec les organes échelonnés le long de son parcours. Issu du pneumogastrique dans la cavité thoracique même, le récurrent droit embrasse la sous-clavière, le gauche, l'aorte. Puis ce sont les ganglions prétrachéo-bronchiques de Barety qui viennent menacer les deux laryngés inférieurs. Plus loin le récurrent droit voisine avec le sommet du poumon, tandis que le gauche en est plus éloigné. Enfin, suivant tous deux un trajet identique, les deux nerfs passent derrière les lobes latéraux du corps thyroïde dans la gouttière trachéoœsophagienne ; là ils sont en rapport avec les ganglions péritrachéolaryngiens qui sont souvent le siège d'une adénopathie. Enfin il est à noter que le récurrent possède un centre cérébral situé dans la moitié antérieure du pied de la frontale ascendante et un centre bulbaire dont la localisation prête encore à controverse.

Au point de vue de la fréquence, les paralysies récurrentielles siègent le plus souvent à gauche : les paralysies complètes bilatérales ne sont pas très fréquentes.

Entrant d'emblée dans son sujet, Félix étudie ensuite les altérations des diverses parties de l'appareil circulatoire qui peuvent produire une paralysie récurrentielle : La *péricardite exsudative* cause très rare, qui peut déterminer la paralysie de la corde vocale gauche, quelquefois des deux (Baümler). L'affection peut régresser avec la résorption de l'exsudat ou persister quand des brides fibreuses consécutives ont enserré le nerf. Les *anévrismes des gros troncs artériels thoraciques*, en particulier de l'aorte, plus rarement de la sous-clavière droite ou du tronc trachéocéphalique. Souvent la paralysie laryngée est le seul symptôme de l'ectasie vasculaire. Quelquefois l'anévrisme de l'aorte peut produire une paralysie des deux récurrents. Les affections intrinsèques du cœur peuvent entraîner elles aussi de telles complications : Le *rétrécissement mitral* par la compression du récurrent entre l'oreillette gauche et l'aorte ; la *persistance du canal artériel*, par la compression, entre ce dernier dilaté, et l'aorte, du nerf laryngé inférieur.

La paralysie récurrentielle peut reconnaître pour causes différentes affections pulmonaires : Dans l'*anthracose*, Baümler et Kohn ont vu le récurrent comprimé par des adhérences contractées avec le pneumogastrique et un ganglion lymphatique. La *pleurésie* peut déterminer la paralysie des cordes vocales soit par des brides susceptibles de fixer le récurrent (surtout le droit) soit, beaucoup

plus rarement, par l'élongation du nerf due à la traction prolongée de l'aorte déplacée. La *tuberculose pulmonaire*, par suite d'adhérences pleurales, d'adénite des ganglions lymphatiques caséeux, ou de névrite du nerf récurrent (Lubet-Barbon). L'*hypertrophie des ganglions médiastinaux*, surtout chez les enfants, les *tumeurs du médiastin*, chez l'adulte, sont les causes les plus fréquentes parmi les affections pulmonaires.

Enfin, pour terminer l'étude des causes de voisinage, le *cancer de l'œsophage*, qu'il soit situé au niveau du cricoïde (marchant alors vers l'intérieur du larynx), ou au niveau de la bifurcation des bronches peut produire la paralysie récurrentielle, souvent bilatérale et complète. De même les *goîtres* et les *tumeurs thyroïdiennes malignes* dont l'action locale s'explique trop pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Envisageant les causes générales, Félix montre que les *névrites toxiques et infecticuses* n'épargnent pas plus le nerf laryngé inférieur que les autres nerfs périphériques. Les *intoxications saturnine et arsenicale*, l'*alcool*; la *puerpéralité*, la *dothiénentérie*, la *rougeole*, la *diphtérie*, l'*influenza*, le *rhumatisme* comptent à leur actif des paralysies récurrentielles. De même les *processus syphilitiques* sont une cause fréquente de paralysies récurrentielles qui cèdent merveilleusement au traitement spécifique. Signalons enfin un cas cité par Lermoyez et Laborde dans lequel la paralysie était la conséquence d'un *phlegmon latéral du pharynx*.

Parmi les affections de la moelle épinière, le tabes dorsal et la syringomyélie fournissent le plus fort contingent de paralysies laryngées. Le *tabes dorsal* amène le plus souvent la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur d'un seul côté, rarement des deux. La *syringomyélie*, au contraire, la paralysie complète des récurrents. La *maladie de Morvan*, la *sclérose en plaques*, les *lésions protubérantielles* peuvent également déterminer des paralysies laryngées. De même la paralysie *labio-glosso laryngée* (Pel) et la *paralysie pseudo bulbaire* (Picot et Hobbs). Quant aux paralysies récurrentielles d'origine cérébrale, les observations en sont encore rares et n'échappent pas à certaines objections.

Et les conclusions qui découlent de cet exposé des causes locales, à distance, ou générales, c'est qu'en présence d'une paralysie laryngée on doit d'abord songer aux tumeurs intrathoraciques, en particulier l'anévrisme de l'aorte ou l'adénopathie trachéo-bronchique, et si la cause est obscure, il faut toujours songer au tabes ou à la syphilis.

M. PHILIP.

Symptomatologie de la paralysie motrice du nerf laryngé supérieur, par Kronenberg (*Monastsch. für Ohrenheil.*, n° 10, 1905).

Suivant l'invitation de Sémon, d'étudier la symptomatologie de la paralysie motrice du laryngé supérieur, K. publie l'observation suivante : Un jeune homme de 24 ans, porteur, depuis plusieurs années, d'une tumeur occupant la moitié gauche du cou, se présente chez l'auteur. Cette tumeur est reconnue comme un kyste et enlevée le lendemain. Après l'opération, on voyait que le cartilage thyroïde gauche était courbé un peu en dedans. Guérison opératoire, trois semaines.

Pendant ce temps le malade a été souvent laryngoscopié. Sa voix était profonde, atone, crépitante, ne rappelant en rien la voix rauque ni la voix bitonale. Les cordes étaient légèrement rouges. Pendant la phonation, la corde gauche est très nettement plus basse que sa congénère. Cet état persite dans les jours suivants. Cette constatation a été faite par plusieurs collègues qui ont examiné le malade mais Kronenberg croit avoir vu parfois la corde gauche un peu plus courte, un peu plus épaisse et un peu plus ondulée, mais cet état ne persistait pas. On ne pouvait pas nettement constater le rapprochement du cartilage cricoïde vers le thyroïde pendant la phonation, parce que c'était d'abord la tumeur et ensuite la cicatrice qui empêchait la palpation. Aucun trouble sensoriel, ni trouble dans le mouvement de l'épiglotte. La voix crépitante a persisté après l'opération ; elle gardait la même tonalité. Ce trouble de la voix a été occasionné par la paralysie de la branche externe du nerf laryngé supérieur comprimé par la tumeur, là où sur la paroi externe du cartilage thyroïde il se rend vers le cricoïde.

Lautmann.

Remarques sur l'épilepsie réflexe consécutive aux maladies des voies respiratoires supérieures, par Léo Katz (*Monatsch. für Ohrenheilkunde*, n° 9, 1905).

Une jeune fille de 11 ans est sujette depuis un an et demi à des accès qu'on considère de différents côtés comme des accès épileptiques ; Katz n'en a jamais observé sur l'enfant car, comme spécialiste, il n'a dû faire que l'ablation des adénoïdes. Pendant près d'un an après l'opération l'enfant est restée sans nouvelle crise et Katz la croit définitivement guérie de ces accès. Moins heureux a été un deuxième cas, en tous points pareil au premier, où les accès n'ont cessé que pour six semaines après l'adénotomie.

Enfin, chez une demoiselle de 24 ans, des crises considérées comme épileptiques par les uns et hystériques par les autres ont commencé par cesser après polypotomie et large ouverture bilatérale du sinus maxillaire par la fosse canine pour réapparaître augmentées d'intensité et de forme nettement épileptique plusieurs semaines plus tard.

A propos de ces observations, l'auteur entre dans des développements théoriques qui peuvent se résumer de cette façon :

Un rhinopathe peut devenir épileptique tout aussi bien qu'un épileptique peut faire une maladie dans le nez. Si il y a des guérisons de cas d'épilepsie authentique par intervention intra-nasale (cas de Meyer, guérison d'une épilepsie durant depuis seize ans consécutive à la guérison d'une sinusite maxillaire gauche suppurée, cas de Grooskopf à peu près analogue), la grande majorité des cas publiés sur ce chapitre ressortissent à l'hystérie.

LAUTMANN.

Remarques sur la thyrotomie, par L. Löwe (*Monatschrift fur Ohrenheilkunde*, n° 8, 1905).

La thyrotomie est indiquée quand la résection de l'intérieur du larynx doit être très étendue; le caractère de bénignité et de malignité de la tumeur à enlever est d'ordre secondaire ; à moins de volonté expressément formulée par la malade, la narcose locale est préférable ; ne pas oublier de marquer la ligne médiane au nitrate d'argent avant l'infiltration des tissus; la canule de Trendelenburg devrait être remplacée par la canule à éponge de Hahn qui, à la rigueur, peut encore être couverte par un tampon de gaze iodoformée. La suture du cartilage est impossible, il faut se contenter de la suture des tissus mous qui se fait en trois étages ; dans l'étage le plus profond : *a*) la suture au dessus du larynx à travers le ligament hyothyroïdien ; *b*) la suture du ligament cricothyroïdien, *c*) deux sutures pour la trachée.

Le deuxième étage comprend le rapprochement des bords médians des deux muscles sternohyoïdiens, enfin le troisième étage prend le reste des tissus. L'introduction d'une sonde œsophagienne à demeure n'offre aucun avantage particulier, quoique très bien supportée ; la plupart des malades avalent facilement le troisième jour (lait stérilisé). La façon de coucher le malade après l'opération, si importante pour Semon, paraît être indifférente.

LAUTMANN.

Pièce dentaire restée trois mois dans la trachée, extraction, par Walker Downie (*Glasgow Médic, Journ.*, avril 1904).

Le malade, dans une fête de foot-ball, tomba de l'estrade où il était placé, qui s'affaissa sous le poids des assistants. Il fut emporté sans connaissance, et resta dans un état sub-comateux pendant quatorze jours. Il avait reçu de nombreuses plaies à la tête et de nombreuses contusions pour lesquelles on le soigna. Lorqu'il reprit connaissance, on constata qu'il toussait et que la voix était enrouée. On pensa qu'il s'était enrhumé et on lui prescrivit des inhalations qui améliorèrent son état.

Mais le malade constata bientôt que tout mouvement provoquait de la dyspnée ; la toux augmenta, devint douloureuse, accompagnée d'expectoration visqueuse. Trois mois après, l'auteur examina le malade, trouva la muqueuse laryngée enflammée puis, vers le troisième anneau de la trachée, un objet blanc qu'il pensa être un os nécrosé. Interrogé, le malade dit n'avoir plus revu son dentier depuis son accident. La radioscopie confirma en effet la présence d'un corps étranger dans la trachée. L'auteur pratiqua la trachéotomie, et trouva le dentier dont le grand axe suivait celui de l'organe ; sa partie supérieure portant la fausse dent placée au niveau du deuxième anneau, et le reste se dirigeant en bas. La pièce fut enlevée ; elle mesurait un pouce trois quarts de long, trois quarts de pouce de large, avec une incisive adaptée au centre. La muqueuse trachéale était enflammée et présentait des granulations. Le malade guérit parfaitement. A. RAOULT.

Corps étranger de la trachée (morceau de houille) chez un enfant de 15 mois, par Downie (*Glascow médico-surgical Society. Glascow. médical journal*, 1904, p. 290).

L'enfant avait avalé un morceau de charbon en l'absence de sa mère, qui, en rentrant, le trouva suffocant. Le médecin qui l'examina ne trouva rien du côté du larynx et, constatant le tirage intense que présentait le petit malade, quoique ne sachant pas à quoi on pouvait l'attribuer, le médecin envoya cet enfant à la Western Infirmary. Downie pensa avec raison qu'il existait un corps étranger dans la trachée, et qu'il était situé très loin. La radioscopie ne donna aucun renseignement sur le siège du corps étranger. L'examen laryngoscopique montra le larynx normal. On pratiqua la trachéotomie et on trouva un morceau de charbon fixé dans la trachée au niveau du quatrième anneau. Il me-

surait un demi-pouce de long sur trois seizièmes de pouce de large et un huitième de pouce d'épaisseur. On laissa une canule pendant deux jours, puis on l'enleva. L'enfant guérit fort bien.

A. RAOULT.

Corps étranger enclavé dans la bronche gauche. Ablation par l'opération, par W. PASTEUR et T. H. KELLOCK (*Lancet*, 19 mars 1904, p. 795).

Le corps étranger était un bouchon de carafe, de sorte que l'objet donnait peu d'ombre par la radioscopie. Une trachéotomie basse fut faite, et le bouchon fut extrait par une anse de fil d'argent.

SAINT-CLAIR THOMPSON.

Corps étrangers des bronches et bronchoscopie, par MOURE (*Revue hebdomadaire de laryng. rhinol. et otol.*, 10 février 1906).

La bronchoscopie par les voies naturelles est plus facile chez les enfants, plus difficile au contraire chez les gens âgés qui supportent mal la vraie position de Rose, plus difficile aussi dans le cas de corps étranger de la bronche gauche qui s'offre moins directement à l'œil de l'observateur. La bronchoscopie inférieure est donc indiquée chez les gens âgés et dans les cas où la gravité des complications pleuro-pulmonaires commande l'enlèvement rapide du corps du délit. C'est cette voie que Moure a employée dans un cas qu'il a déjà rapporté à la Société de chirurgie (mai 1905).

Moure estime d'ailleurs que les essais de bronchoscopie par la voie endo laryngée sont loin d'être bénins, contrairement à l'avis de Killian et de Garel. Il appuie son opinion sur une observation inédite; le 20 février 1906, une malade avale un os de bifteack triangulaire et de la grosseur d'une pièce de cinq centimes. La malade est examinée cinq mois plus tard ; la matité et les phénomènes stéthoscopiques siégeant au niveau de la bifurcation des grosses bronches, les crachats purulents, plaident en faveur d'une lésion dans les voies aériennes provoquée par la présence d'un corps étranger. Moure pratique la trachéo-bronchoscopie supérieure de Killian, d'abord en position de Rose, puis en position assise, la tête fortement renversée en arrière. Il explore d'abord la bronche droite sans succès, puis la bronche gauche, également sans résultat. A la suite de cette exploration survinrent des complications pulmonaires qui emportèrent la malade. L'autopsie montra un corps étranger inclus dans l'origine de la bronche gauche.

En somme : bronchoscopie supérieure sous chloroforme et en position de Rose s'il s'agit d'un enfant ; chez l'adulte, si le corps étranger est de date récente, essayer la bronchoscopie supérieure ; si le sujet est âgé et s'il y a déjà de l'infection pulmonaire, faire la bronchoscopie inférieure qui est plus facile et moins dangereuse, car les manœuvres délicates faites par les voies naturelles ne doivent pas toujours être considérées comme inoffensives.

A. HAUTANT.

Corps étranger du larynx, par Berg (*Monatsch. für Ohrenheilkunde*, n° 10, 1905).

Quand les anamnestiques n'appellent pas notre attention sur la présence d'un corps étranger dans le larynx,il est possible de confondre les lésions causées par sa présence avec des lésions du tertiarisme. Cette mésaventure est arrivée à Bergh qui n'a pas reconnu une prothèse dentaire fixée dans le larynx pendant quarante-cinq jours sur un malade observé par Bergh pendant trois semaines.

LAUTMANN.

Cancer primaire isolé de la trachée, par R. Hoffmann (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 8, 1905).

L'analyse de cette observation est justifiée par une considération de chirurgie générale plutôt que par la rareté du fait, car surtout depuis la trachéoscopie de Killian,leur diagnostic ne présente pas de difficultés autres que celles de la technique de l'examen.

Un homme de 49 ans consulte pour de la raucité de la voix en juillet 1903. Malgré le diagnostic du médecin traitant et d'un confrère spécialiste constatant l'existence d'une néoplasie, Hoffmann ne voit rien de spécial dans le larynx ou la trachée. En avril 1904, le malade se représente se plaignant toujours de la raucité de la voix et de dyspnée. Maintenant H. voit dans la partie supérieure de la trachée une tumeur d'aspect framboisé. Deux jours plus tard, la tumeur n'est pas visible de nouveau. Le 20 septembre le malade n'allant pas mieux se décide à l'opération.

A la respiration tranquille il n'existe pas de bruit particulier, sitôt que la respiration devient forcée, on entend le stridor. Aucune constatation autre. Pouls 112. Respiration 16. Pas de sucre ni albumine.

On pense à enlever la tumeur par la trachéofissure. On administre le chloroforme. Le malade n'étant pas complètement

endormi on exécute l'incision cutanée. Le malade se cyanose et meurt malgré tous les soins.

A l'autopsie on trouve bien l'existence d'un cancer du tiers supérieur de la trachée, mais en dehors de cette constatation on diagnostique encore la persistance du thymus, une énorme hypertrophie de la thyroïde avec compression et inflexion de la trachée. Persistance du trou ovale du cœur, dégénérescence graisseuse du cœur, trace d'épanchement pleural, synéchie pleurale, et comme trouvaille indifférente un adénome du rein.

La tumeur de la trachée avait la grandeur d'une noisette et était largement implantée dans la paroi droite de la trachée. Elle occupait l'espace du premier au quatrième anneau trachéal et obturait presque complètement la lumière de la trachée.

Il est indubitable que,dans ce cas malheureux, le diagnostic local a été fait trop tard et d'une façon trop incomplète. Le diagnostic général est resté également insuffisant. Ceci explique seul que l'auteur n'ait pas employé la narcose locale dans son cas. Car vu l'action de tout anesthésique général dans ce cas, l'issue fatale était probable chez un malade atteint de myocardite, de goître, d'obstruction et infection trachéale. Quant au diagnostic local, nul doute que la trachéoscopie supérieure ait été du plus grand secours dans ce cas. LAUTMANN.

Tubage péroral avec ou sans pression, par F. Kuhn (*Monatschrift für Ohrenheilkunde,* n° 8, 1905).

Kuhn propose dans ce travail, aux laryngologistes, l'emploi de la narcose par le tubage : Voici les indications pour cette façon de narcotiser.

1° Dans tous les cas d'opération sanglante sur la face, la cavité buccale, le nez, le pharynx, la langue etc., le tubage péroral facilite la narcose, permet de l'exécuter régulièrement, l'aide chargé de l'anesthésie peut se tenir à côté du malade sans gêner l'opérateur ; elle empêche sûrement l'entrée du sang dans les voies respiratoires même dans l'anesthésie profonde ; elle empêche les vomituritions et les vomissements, permet une inspection continuelle du champ opératoire. L'asepsie est plus facile à exécuter, la dépense du chloroforme est moins grande.

2° Le tubage péroral est indiqué surtout quand la narcose est mal supportée, quand le malade se cyanose ou vomit facilement. La cyanose disparaît aussitôt.

3° Elle diminue certainement le danger de l'asphyxie par chloro-

forme, d'abord au point de vue prophylactique parce que le tubage empêche par lui-même l'asphyxie et deuxièmement en supprimant le réflexe dangereux.

4° L'indication de la narcose sous pression, d'après Mikulicz Sauerbruck, Brauer peut s'obtenir par le tubage oral aussi facilement qu'avec les intruments inventés par ces auteurs.

Est annexée à ce travail qui a fait l'objet d'une communication au Congrès des laryngologistes de l'Allemagne du Sud, la liste des autres publications de l'auteur concernant ce même sujet.

LAUTMANN.

Sur les déviations de la trachée et du larynx, consécutives à quelques maladies intra-thoraciques, par Curschmann (*Münch. mediz. Woohensch.*, n° 48, 1905).

En médecine, pour voir, il faut être prévenu ; dans un très long article, Curschmann explique combien, malgré l'aide précieux des rayons X, il est facile de reconnaître par simple inspection du cou de graves altérations situées dans le thorax. Le signe de Curschmann, battements et thrill dans la région au-dessus de l'incisure jugulaire, est classique dans les cas de dilatation du tronc innominé, mais la dilatation de l'aorte peut aussi se faire reconnaître par la dislocation de la trachée et du larynx. C. a même constaté cette déviation de l'axe laryngo-trachéal dans les cas de pleurésie et de pneumo-thorax. Avec une expérience accrue, C. prétend avoir retiré de ce signe diagnostic le plus grand bénéfice dans le diagnostic de tumeur médiastinale ; une bonne technique et une grande habitude sont nécessaires. Pour l'examen, le malade est assis devant le médecin, la tête est fixée ; on marque la direction du menton au milieu de l'incisure jugulaire et latéralement le bord interne des muscles sterno-mastoïdiens : ainsi les plus légères déviations se laissent facilement reconnaître. Plusieurs illustrations caractéristiques accompagnent le texte.

LAUTMANN.

La prophylaxie de la sténose du larynx consécutive à la trachéotomie secondaire après intubation, par Ranke (*Munsch. mediz. Wochensch.*, n° 42, 1905).

On est d'accord aujourd'hui (Fischer) sur ce fait que la sténose cicatricielle du larynx n'est pas occasionnée par l'ulcération : elle est due à la suppression de la fonction physiologique du larynx,

due au port prolongé d'une canule trachéale ; en conséquence, les médecins américains renoncent à la trachéotomie secondaire ; malgré les résultats peu encourageant, de la trachéotomie secondaire,ce procédé mérite d'être conservé à condition qu'on ne laisse la canule trachéale que deux ou trois jours sur place ; si la dyspnée réapparaît, Ranke a recours à une nouvelle intubation passagère ; en se conformant à cette conduite, notre auteur, dans une série de 10 cas, n'à eu aucun désastre à déplorer.

LAUTMANN.

De l'intubation appliquée à certaines fractures du larynx, par E. Uruñuela (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 23 décembre 1905).

Les fractures du larynx sont peu fréquentes ; elles se produisent surtout dans le sexe masculin, et plus souvent chez des sujets âgés (ossification des cartilages) ; elles portent en première ligne sur le thyroïde, puis le cricoïde. Elles se manifestent par de la douleur, de la crépitation, quelquefois de l'emphysème, des troubles de la respiration. Au laryngoscope on voit une infiltration œdémateuse avec ecchymose et sténose glottique.

Uruñuela en rapporte 3 cas :

Observation i. — Fracture verticale du thyroïde à la suite d'un coup de pied sur le cou, le malade étant renversé sur le sol. Douleur, aphonie, gêne respiratoire. Crépitation sans déviation. Infiltration de la muqueuse aryépiglottique et de la bande ventriculaire, obstruction de l'orifice glottique. Pansement approprié sur le cou, guérison au bout de vingt jours.

Obs. ii. — A la suite d'un coup de pied de mulet sur le cou, fracture de l'anneau du cricoïde, avec l'un des fragments faisant saillie en dedans et en bas. Dyspnée intense. Intubation du larynx pour faciliter le passage de l'air et aussi pour corriger le déplacement du cricoïde. Neuf jours d'intubation après lesquels la respiration se rétablit.

Obs. iii. — Passage d'une roue de voiture sur le cou: douleur, étouffement, crachement de sang. A l'examen : crépitation au niveau du thyroïde dont la lame gauche est déprimée et refoulée en dedans, fracture du cricoïde sans dislocation. Trachéotomie : avec un crochet et une aiguille courbe, U. parvient à mettre en place le fragment dévié. Guérison au bout de deux mois avec glotte étroite qui empêche de retirer la canule et oblige à faire la dilatation sanglante du larynx.

U. dit avoir observé 4 autres cas où l'intubation a été employée avec le meilleur résultat. Il insiste sur l'utilité de l'intubation pour combattre l'asphyxie, réduire la fracture et éviter la sténose du larynx. A. HAUTANT.

Fibroadénome de la trachée, par Rosenheim et Warfield (*Am. jour. of med. sc.*, juin 1904).

Femme de 23 ans ayant depuis neuf mois de la toux, des expectorations sanglantes et de la gêne respiratoire progressive. A l'examen du larynx il n'y a rien aux cordes, mais on voit au-dessous du larynx une tumeur du volume d'une petite lentille.

Cette tumeur fut enlevée après anesthésie et trachéotomie. Il s'agissait d'un fibro-adénome.

Les auteurs font une revue des cas qui sont assez rares et donnent les pathologie, diagnostic, traitement, etc.

M. LANNOIS.

III. — *PHARYNX*

Actinomycose de l'amygdale, par Wright (*Ann. journ. of. med. sc.*, juillet 1904).

Cas observé chez un enfant de 12 ans : il n'y eut pas de récidive après l'ablation des amygdales. M. LANNOIS.

Stomatite à gonocoques chez l'adulte, par Jurgens (*Berl. klin. Wochenschr.*, n° 24, 1904).

Le diagnostic de la stomatite à gonocoques est très difficile. Comme les cas sont rares, nous traduisons la description d'un cas observé par Jurgens dans le service du Prof. Kraus et reconnu par ce dernier malgré un examen microscopique pouvant dérouter le diagnostic.

OBSERVATION I. — Le malade se plaint en mars d'une sensation désagréable dans la bouche. Il ressent des démangeaisons et des brûlures. La gencive commence à se tuméfier et se couvre d'un enduit grisâtre. Un traitement dirigé par un médecin contre cette stomatite ne le soulage pas et il vient se présenter dans le service du Prof. Kraus.

On trouve les gencives rouges, tuméfiées, ramollies, s'élevant à 2 centimètres au-dessus du reste de la muqueuse. Entre les dents

la gencive est tuméfiée en forme de bourrelets, couverte de masses gris-verdâtres. Au moindre attouchement l'hémorrhagie est intense. Dans la région des dernières molaires et sur la muqueuse en face, les altérations sont le plus prononcées. Là, se trouvent presque de véritables ulcérations. Le malade peut à peine ouvrir la bouche, la salivation est abondante et continuelle. Les ganglions sous-maxillaires légèrement tuméfiés. L'état général est bon.

Aucun traitement ne soulage le malade jusqu'à ce qu'on ait fait des lavages légers au sublimé (1 : 10-000. Ces lavages amènent un changement rapide et la guérison le trente-septième jour.

En résumant, on trouve les caractères suivants à cette stomatite : inflammation diffuse des gencives et de la muqueuse des joues ; sécrétions gris-verdâtres faciles à détacher. L'examen microscopique a montré les premiers jours l'existence des spirochètes et des bacilles fusiformes seulement (micro-organisme de l'angine de Vincent, mais pas le gonocoque). Le diagnostic n'a pu être établi que par la culture, d'après Wertheim, qui permit de reconnaître l'existence du gonocoque. LAUTMANN.

Angine diphtéroïde fuso-spirillaire dans la scarlatine, par VEDEL et LAGGRIFAUL (*Société des sciences médicales de Montpellier, in Montpellier médical*, 1905).

Il s'agit d'un enfant de 2 ans présentant une amygdalite gauche sans exsudat avec engorgement ganglionnaire ; un mois et demi auparavant, une sœur de la petite malade avait eu une angine diphtérique bien déterminée par le laboratoire, en outre, un autre cas de diphtérie grave avait été constaté dans la même maison. En raison de ces faits et devant la constatation d'un point membraneux sur l'amygdale gauche, on fait, le soir même, une injection de sérum antidiphtérique de 10 centimètres cubes. Le lendemain, l'état s'aggrave, la température est à 38°9, le pouls à 130° ; la fausse membrane s'étendait sous forme de bande épaisse et blanc jaunâtre avec engorgement ganglionnaire violent ; le diagnostic de diphtérie semblait s'imposer, on fait une injection de 60 centimètres cubes de sérum et on prélève un fragment de fausse membrane ; le soir, les phénomènes locaux restent stationnaires mais une éruption scarlatineuse fait son apparition. Le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour de la maladie, l'amygdale se dépouille, la fausse membrane se détache en bloc, il reste une légère exulcération non saignante ; le cinquième jour, la question de gorge est réglée, la scarlatine continue à évoluer et la guéri-

son ne tarde pas à survenir, retardée cependant par un abcès au niveau de la première injection de sérum.

On fait avec la fausse membrane enlevée des frottis et des ensemencements; les cultures donnent du staphylocoque et du sptreclocoque mais pas de bacilles de Löffler; l'examen au microscope des lames après coloration permet de constater les deux formes de bactéries : spirilles et bacilles fusiformes qui sont caractéristiques de l'angine de Vincent.

On avait à faire à une angine diphtéroïde fuso-spirillaire au début d'une scarlatine. Le fait est assez rare pour mériter d'être rapporté, mais cette rareté est peut-être relative parce que l'on se contente dans des cas semblables du résultat des cultures et qu'on ne fait pas de frottis, on n'a en vue que le Löffler. Parmi les angines de début de la scarlatine, il convient donc de compter l'angine de Vincent, car il ne peut s'agir dans ce cas d'érythème scarlatiniforme, en raison des caractères de l'éruption, de la fièvre élevée, de la fréquence du pouls, de l'anurie, de la desquamation; de plus, une sœur de la petite malade fit à la même époque une scarlatine classique. Il n'est pas utile non plus de discuter en l'espèce la question des érythèmes séro-thérapiques.

L. VIDAL.

Adéno-phlegmon latéro-pharyngien. Ulcération de la carotide externe, par Broca (*Journal des Praticiens*, 26 août 1905).

Après avoir établi dans cet exposé clinique les caractères différentiels importants de l'adéno-phlegmon latéro-pharygien, Broca indique la technique opératoire qu'il a adoptée : incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien : à la sonde cannelée recherche du foyer purulent en dirigeant l'instrument en haut, en arrière et dedans pour gagner l'espace maxillo-pharyngien en avant du paquet vasculo-nerveux. Un accident heureusement peu fréquent peut succéder à l'ouverture d'un abcès, l'ulcération des gros vaisseaux du cou et l'hémorrhagie foudroyante. L'hémorrhagie peut apparaître au moment du pansement. Si on peut savoir quel vaisseau est en cause, veine ou artère, l'indication est de découvrir la carotide et de lier au-dessus et au-dessous. Si le chirurgien ne peut se faire une idée sur la provenance de l'hémorrhagie, il ne reste qu'à tamponner. Mais ce tamponnement en plein foyer suppurant ne laisse pas que d'entraîner à sa suite des accidents infectieux graves. Suit la relation d'un cas d'hémorrhagie par ulcération de la carotide externe arrêtée par la ligature du vaisseau.

E. LOMBARD.

Fibrome de l'amygdale, par Hédon (*Montpellier médical*, 30 avril 1905, p. 421).

Les observations de fibromes vrais de l'amygdale sont rares, souvent il s'agit d'amygdales sclérosées. Hédon cite le cas d'un fibrome pur de l'amygdale qu'il enleva chez un homme d'une cinquantaine d'années. La tumeur était implantée sur l'amygdale gauche, elle avait les dimensions et la forme d'une olive. Bien que sessile, elle était circonscrite à sa base par un sillon circulaire et avait une tendance à feindre l'aspect d'un polype. Le malade n'en avait tout d'abord éprouvé aucune gêne, mais dans ces derniers temps, entraînée par son propre poids, la tumeur retombait sur la base de la langue et dans le sinus glosso-épiglottique, ce qui occasionnait de la toux et divers autres phénomènes réflexes. L'ablation fut faite très simplement à l'anse galvanique.

L'examen histologique fut fait par M. Poujel. Le microscope démontra qu'il s'agissait d'une production fibro-adipeuse implantée sur l'amygdale. La section chirurgicale a porté dans le tissu réticulé de cette dernière, tissu qui paraît normal. Le tissu néoplasique se continue avec le tissu réticulé sans couche fibreuse de délimitation. C'est un tissu fibreux assez dense et pauvre en cellules, parsemé d'ilôts de tissu adipeux. L. VIDAL.

Sarcome multiple idiopathique hémorrhagique de l'isthme du gosier et de la peau, par G. Prota (*Arch. ital. di laryngol.*, avril 1905, n° 2, p. 66).

Ce cas fut observé à la clinique de Massei où six faits analogues furent déjà étudiés depuis quelques années. Il s'agit d'un homme de 56 ans à qui Massei enleva une première fois une petite tumeur bénigne dans l'isthme du gosier en 1894. Quatre ans plus tard, une petite tumeur se développait sur le pavillon de l'oreille droite : un médecin l'enleva au bistouri sans hémorrhagie notable.

Depuis deux ans le malade ressent de la gêne dans la gorge, de la difficulté dans la déglutition, sans douleur véritable ; depuis la même époque sont apparues sur le dos des mains des taches violacées qui persistent encore : elles ont la grandeur d'une pièce d'un centime et occupent toute l'épaisseur de la peau. Dans l'isthme du gosier, il existe une tumeur de la grosseur et de la forme d'une amande, à large base, à surface lisse, de couleur violacée, de consistance dure et élastique, descendant derrière le

pilier postérieur gauche et insérée sur la face postérieure du voile. Ablation à l'anse galvanique, sans hémorrhagie.

L'examen microscopique montre qu'elle est revêtue d'un épithélium pavimenteux au-dessous duquel se trouve une couche dermique avec de grosses papilles. Sous ce revêtement commence un réseau de nombreux vaisseaux, les uns capillaires, les autres complètement développés, de dimensions très variables, gonflés de sang : vers la périphérie de la tumeur, leurs parois finissent par céder et laissent échapper le sang dans la trame du néoplasme.

Le tissu intermédiaire à ces vaisseaux est constitué par des éléments fusiformes ou irrégulièrement rectangulaires, munis de noyaux ovalaires très développés. Au centre du néoplasme existent des espaces caverneux pleins de sang. Il s'agit, en somme, d'un angio-sarcome d'origine endothéliale.

Dans 5 cas publiés antérieurement, Massei observe des tumeurs semblables dans le larynx et sur l'épiglotte ; dans un sixième cas, publié par Tauturri, il existait des nodules sur la luette et la voûte palatine. La sarcomatose multiple idiopathique peut donc se développer, non seulement sur la peau (Kaposi), mais aussi dans les premières voies respiratoires ; les tumeurs peuvent y précéder les manifestations cutanées, et y acquérir un gros volume sans trouble considérable, à moins qu'elles gênent par leur siège ; leur extirpation n'est pas forcément suivie de récidive.

M. BOULAY.

Quelques remarques sur les végétations adénoïdes, par LUBLINSKI (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, n° 28, 1904).

Il faut accorder à l'auteur qu'on peut difficilement enrichir nos connaissances sur la symptomatologie des végétations adénoïdes Retenons de cet article, écrit pour des médecins non spécialistes, que les dimensions qu'ont les adénoïdes ne sont pas en proportion avec leur action nocive sur l'organisme. Ce n'est pas une action mécanique qu'elles exercent, par l'obstruction nasale, tubaire. A côté de leur rôle comme foyer d'infection, les adénoïdes ont encore une sécrétion interne (Masini) qui influence le développement de l'organisme infantile.

La fièvre essentielle ou fièvre glandulaire (Pfeiffer) des enfants est considérée aujourd'hui généralement comme synonyme d'adénoïdite. Hopmann a eu occasion d'observer un garçon atteint de vomissements inexplicables et durant depuis des années

chez lequel une adénotomie exécutée dans sa neuvième année a supprimé ces vomissements (vomissements cycliques des enfants ?). La toux agaçante, irritante des enfants durant pendant des heures et résistant à tous les traitements, indépendante de toute lésion bronchique, est souvent due à une laryngite (épaississement de la muqueuse inter-aryténoïdienne) occasionnée par le muco pus descendant des adénoïdes.

En terminant, l'auteur résume son opinion en disant que non seulement une forte hyperplasie de l'amygdale pharyngée, mais qu'une petite hypertrophie de cette glande suffit pour provoquer des graves désordres dans le présent et l'avenir du malade. Il cite le mot suivant de Auchard pour défendre l'intervention à outrance dans les adénoïdes. Avant de comprendre quelle maladie grave de l'enfance sont les végétations adénoïdes, j'ai cru qu'on opérait trop ; aujourd'hui, je dis : on n'opère pas assez.

LAUTMANN.

Contractions cloniques du pharynx et du larynx, par SINNHUBER (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 29, 1904).

Chez un homme atteint d'une maladie organique du système nerveux, Sinnhuber a trouvé parmi les autres troubles nerveux une irritation des muscles du pharynx et du larynx qu'il décrit de façon suivante : On voit un tremblement continuel du voile, de la paroi postérieure du pharynx, des cordes, des aryténoïdes. La luette se lève et se baisse constamment. La paroi du pharynx se contracte vers la ligne médiane. Les cordes font pendant la respiration des mouvements continuels d'adduction, c'est-à-dire qu'elles se meuvent entre la position cadavérique et une position d'abduction légère. Les mouvements se font 140 fois et ne cessent pas pendant le sommeil. La phonation se fait bien.

Ce cas a une grande analogie avec ceux décrits par Oppenheim et Spencer, où parmi d'autres symptômes nerveux ces contractions cloniques du pharynx et du larynx prédominèrent et permirent de faire le diagnostic de la lésion, *de tumeur du cervelet*, confirmé par l'autopsie. LAUTMANN.

Causes et traitement des hémorrhagies graves après l'amygdalotomie, par HENKING (*Archiv. f. laryngologie*, Band XVII, Heft 1).

L'hémorrhagie grave après amygdalotomie ne constitue pas un

accident exceptionnel. La première idée étiologique qui vient à l'esprit du médecin en présence d'un fait pareil est d'avoir affaire à un hémophile. D'après Damianos et Hermann, sur 150 cas d'hémorrhagie grave après amygdalotomie, l'hémophilie n'a pu être accusée que dans 5 cas, et sur 8 cas mortels elle en compte 2. On songe ensuite à une lésion d'un vaisseau grand ou moyen. Le danger d'une blessure de la carotide interne peut être considéré comme nul, car on ne connaît qu'un seul cas authentique et encore l'amputation de la tonsille a été effectuée dans ce cas par un charlatan. Quant aux anomalies vasculaires (blessure de la maxillaire interne de la linguale, pharyngée, etc.), elles ne comptent pas davantage. Il faut compter avec l'hémorrhagie de l'artère tonsillaire quand la section de l'amygdale a été faite trop près de la membrane de l'amygdale et que l'artère reste indivisée et centrale. Et encore les hémorrhagies par section de l'artère tonsillaire sont rares. La plus grande partie des cas d'hémorrhagie consécutive à la section de la tonsille doivent, d'après l'expérience de Heuking, leur naissance non pas à la section de l'amygdale, mais bien à la lésion d'un pilier, généralement le postérieur, du voile du palais. Suit maintenant la relation de 6 cas observés par l'auteur où une hémorrhagie, grave ou seulement impressionnant l'entourage, a été occasionnée parce que l'opérateur a blessé le pole supérieur du voile au moment où, avec guillotine ou couteau, il a voulu sectionner l'amygdale. Dans tous les cas, l'hémorrhagie a été arrêtée par la compression digitale de la petite plaie, compression continuée parfois jusque pendant plus d'une heure. Pour empêcher une hémorrhagie après l'opération ou pour empêcher qu'elle passe inaperçue pendant les premières heures, l'auteur fait toujours surveiller ses opérés pendant les premières heures qui suivent l'opération. Les opérés ne doivent pas se coucher et doivent laisser écouler en bavant la salive. LAUTMANN.

Extraction des corps étrangers de l'œsophage et de la trachée par l'œsophago et trachéoscopie, par Denker (*Archiv. f. laryngologie*, Band XVII, Heft. 1).

Les publications ayant pour but de mettre en lumière l'utilité de la trachéoscopie et de l'œsophagoscopie se multiplient et offrent peu d'intérêt depuis que notre spécialité commence à s'annexer ce territoire presque complètement négligé par les chirurgiens qui, pourtant, en étaient les premiers maîtres (Mikulicz, von Hacker). Les cas de l'auteur concernent un homme de 54 ans

chez lequel une poire sèche s'était arrêtée dans l'œsophage (à 20 centimètres) et chez lequel il a fallu morceler la poire pour la ramener. Malgré l'introduction de différents instruments de morcellements (25 à 30 introductions) aucune lésion de la muqueuse. Dans le deuxième cas, une pièce de monnaie a été retirée de l'œsophage d'un enfant de 2 ans, et, dans le troisième cas, l'auteur a pu extraire chez un enfant presque suffocant un morceau d'os enclavé dans l'espace sous-glottique. LAUTMANN.

Corps étrangers de l'œsophage et œsophagoscopie, par J. MOURE, professeur adjoint à la Faculté de Bordeaux (*Presse médicale*, 2 août 1905).

Dans cet article de vulgarisation, Moure insiste sur les avantages de l'œsophagoscopie qu'il préconisa le premier, en France, vers 1902, à la suite d'un voyage en Allemagne où ce procédé de séméiologie et de traitement était couramment appliqué depuis de longues années même dans les cliniques de médecine interne.

A propos de ces deux observations de corps étrangers de l'œsophage pour lesquels le diagnostic et l'extraction furent singulièrement facilités par l'emploi de l'œsophagoscope, il ne semble pa inutile de tenter une comparaison avec les anciens procédés d'extraction ou avec les méthodes chirurgicales sanglantes. Ces deux observations intéressantes sont rapportées à titre d'arguments. Dans la première, il s'agit d'un malade âgé de 59 ans chez lequel l'œsophage était complètement obstrué, en son milieu, par des fragments d'aponévrose. Le corps étranger fut diagnostiqué et extrait grâce au tube œsophagoscopique. Dans la seconde, un sou arrêté dans la première partie de l'œsophage est aperçu de champ à l'extrémité de l'œsophagoscope et retiré avec le tube au moyen de la pince de Killian.

L'innocuité n'est pas toujours certaine. Cet article vient à son heure jeter dans le plateau de la balance l'appoint de l'autorité de son auteur en faveur des méthodes endoscopiques pour le diagnostic et le traitement des lésions de l'œsophage. Nous ne tarderons pas, et c'est là le point capital du débat, à voir se préciser d'une façon plus rigoureuse les indications et les contre-indications de la méthode endoscopique, indications et contre-indications qui devront tenir compte, sans aucune espèce d'idée préconçue, d'une foule de conditions dépendant à la fois du malade, de la lésion et, s'il s'agit d'un corps étranger, de sa forme, de sa nature, de son siège, de ses dimensions, de la durée de son séjour dans le tube œsophagien.

Il est désirable, pour qu'un pareil chapitre puisse s'établir sur des documents suffisamment nombreux, que les matériaux s'accumulent et que médecins et chirurgiens veuillent bien aussi ne plus considérer l'endoscopie de l'œsophage comme un procédé d'exception.

E. LOMBARD.

Diagnostic et extraction des corps étrangers de l'œsophage par l'œsophagoscopie, par NEUMAYER (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 7, 1905).

Neumayer exécute l'œsophagoscopie toujours dans la position de Rose. L'anesthésie locale est suffisante excepté chez les enfants et les personnes trop nerveuses. Comme instruments, il se sert des tubes de Mickulicz-Hacker, chez les enfants il emploie les tubes de Killian. L'éclairage est fourni par la lampe de Kirstein ou le panelectroscope de Casper. Pour enlever les mucosités la position de Rose est excellente. Si la sécrétion est trop abondante, il lève les pieds du lit, de sorte que les pieds du malade soient plus hauts que sa tête. Comme instruments d'extraction, les mêmes instruments dont se sert Killian pour la bronchoscopie suffisent.

Neumayer relate vingt-quatre observations qui sont presque toutes analogues les unes aux autres. Un corps étranger (pièce de monnaie, prothèse, etc.), a été avalé par mégarde et est resté dans l'œsophage. L'extraction à l'aide de l'œsophagoscope a presque toujours réussi. Nous retiendrons seulement :

OBSERVATION XV. — Un serrurier de 23 ans se plaint au réveil, le 5 novembre 1902, de douleurs de ventre. Sa prothèse dentaire manque. Il souffre en avalant son déjeuner. Les liquides seulement passent. Mais il ne consulte que trois jours plus tard à cause de maux d'estomac insupportables. Il ne peut pas dire ce qu'est devenue la prothèse.

A l'examen, on trouve dans l'hypochondre gauche une sensibilité à la pression. La sonde œsophagienne est arrêtée à 37 centimètres, mais on arrive à la pousser jusque dans l'estomac. On essaie de retirer le corps étranger avec le panier de Graefe. Il remonte quelques centimètres, mais ensuite ne bouge plus. Quand, après extraction (très difficile), du panier on recherche le corps étranger avec la sonde, on ne le retrouve plus. On suppose qu'il est descendu dans l'estomac.

Le 10 novembre, le malade ne peut rien avaler, souffre. Dans la région du dos du thorax, du cœur, existe un emphysème cutané,

Température 38°6. L'examen aux rayons Röntgen, le 14 novembre, ne permet pas de constater l'existence d'un corps étranger. On pratique une laparotomie pour rechercher le corps étranger dans l'estomac ou dans les intestins, mais sans succès. A peu près quatre semaines après la laparotomie le malade, souffrant toujours, est œsophagoscopié par Neumayer.

Neumayer trouve au premier examen, au niveau de la bifurcation de la trachée, le corps étranger qui est tout de suite reconnu comme une prothèse dentaire. Elle est située de façon à laisser un espace libre par lequel s'écoule constamment du liquide gastrique, ce qui rend l'extraction impossible dans cette séance. Dans une deuxième séance, le corps étranger est facilement retiré.

L'auteur montre d'après ces cas combien est infidèle la recherche d'un corps étranger par la sonde. La sonde peut passer à côté du corps étranger comme dans l'observation citée ou dans un autre cas où le corps étranger était constitué par un morceau d'os très mince. Mais la sonde est aussi un instrument dangereux et n'est plus employée par Neumayer. Le Roentgenogramme n'a de valeur que quand le résultat est positif.

L'extraction a réussi dans presque tous les cas. Voici les deux observations où Neumayer n'a pas réussi à extraire le corps étranger.

OBSERVATION XIII. — Femme de 25 ans, avale un corps dur, peut-être un morceau d'os, qui rend toute l'alimentation impossible. 24 heures après l'accident, Neumayer trouve au niveau du cartilage cricoïde un corps étranger, assez grand, ressemblant à un morceau d'os. Il est impossible de saisir le corps avec les mors d'une pince. On exécute l'œsophagotomie. L'extraction réussit très difficilement. Cinq jours plus tard la malade meurt d'une hémorrhagie secondaire.

OBSERVATION XIV. — Homme de 28 ans, avale sa prothèse dentaire pendant le sommeil. La pièce était cassée en deux morceaux et l'homme était ivre, ce qui facilitait l'accident. Un médecin essaie de refouler les deux pièces dans l'estomac. Mais il ne réussit que pour un morceau qui est retrouvé le lendemain dans les excréments. L'autre morceau reste ancré dans l'œsophage.

Neumayer voit le malade trois jours après l'accident. Le malade a de la fièvre, 39°, et souffre à chaque déglutition, même des liquides. Pour œsophagoscopier le malade il faut employer le chloroforme. On voit le morceau avalé entouré partout d'une muqueuse ulcérée, gonflée, recouverte de pus. On peut saisir le corps étranger mais l'extraction rencontre une telle résistance qu'une

déchirure de l'œsophage était à craindre. On exécute, en conséquence, l'œsophagotomie, mais le malade meurt 24 heures plus tard de pyémie.

L'auteur résume son travail en disant que l'œsophagoscopie, prudemment exécutée, ne comporte aucun danger pour le malade ; c'est le procédé le plus sûr pour découvrir les corps étrangers de l'œsophage et en faire l'extraction. LAUTMANN.

NÉCROLOGIE

J. JOAL

Une affection du cœur, dont les progrès rapides inquiétaient ses amis, vient de tuer brusquement le Dr Joal, à l'âge de 54 ans.

Sous son écorce rude d'enfant de l'Auvergne, il se plaisait à dissimuler un caractère vraiment sympathique, dont la ténacité s'affirmait autant dans ses entreprises que dans ses dévouements.

Elevé à la vieille clinique de Fauvel, qui nous donna les Poyet, les Moure, les Cadier, c'est-à-dire sans contredit les plus habiles laryngologistes que nous ayons eus, il s'était, au contact de la clientèle artistique qui venait chaque été au Mont Dore lui demander quelque réparation vocale, spécialement adonné à l'étude de la médecine du chant. Son livre sur la *Respiration dans le chant* est quelque peu révolutionnaire, et cependant il a pris rang parmi les travaux classiques. Très fouillés aussi les mémoires qu'il publiait à chaque saison nouvelle sur les réflexes d'origine nasale. Il avait réussi à faire accepter l'idée d'un vertige nasogène : et il avait aussi enseigné de curieuses choses sur l'influence malfaisante des parfums.

Nous le regrettons sincèrement. Mais, l'an prochain, quand se réunira en mai 1907 la Société française d'otologie et de laryngologie, plus vifs encore seront nos regrets, et mêlés d'un pénible étonnement, en ne voyant plus circuler parmi nous, actif, inquiet, causant et morigénant, à la recherche incessante de sujets de rapports, ce brave homme, dont la mort aura fait un vide si profond. Le grand ressort de la Société française est cassé.

M. LERMOYEZ.

NOUVELLES

Le Prof. Bezold, de Munich, est nommé *professeur ordinaire*.

Les Drs Kretschmann (Magdebourg), Kafemann (Könisberg), Stenger (Königsberg), sont nommés professeurs extraordinairés.

On annonce la mort de William R.-H. Stewart (F. R. C. S.), de Londres, chef du service oto-laryngologique du Great Northern Central Hospital.

Le directeur de la clinique otologique de l'Université de Berlin, le Prof. Lucae, a pris sa retraite. Son successeur est le prof. Passow.

Nous recevons la lettre suivante :

« Très honoré confrère,

« Les soussignés ont l'intention, pour fêter le 70e anniversaire de Bernhard Fraenkel, d'installer une exposition qui figurera une vue d'ensemble sur le développement de la rhinoscopie et de la laryngologie jusqu'à nos jours. Cette exposition se tiendra du 17 au 30 novembre. Plusieurs groupements ont été constitués :

1° Laryngoscopie et rhinoscopie, instruments d'examen : éclairage; moyens particuliers de technique; 2° thérapeutique spéciale, opératoire, instruments d'exérèse, instrumentation électrique, médicale (par exemple, instruments d'insufflation, etc...); 3° bibliographie; 4° enseignement : préparations anatomiques, pathologiques; figures : appareils et instruments de démonstration.

« Nous vous serons reconnaissant de nous faire savoir si vous voulez mettre à notre disposition quelque pièce intéressante et appropriée.

« Veuillez, etc... »

Signatures : Prof. Edmund Meyer, Dr A. Alexander, Dr Börger, Dr Georg. Finder.

Berlin, avril 1906.

La Société belge d'otologie a eu une heureuse inspiration. Elle a prolongé d'un jour la durée de son Congrès annuel, consacrant cette journée additionnelle à une excursion en commun. Ce faisant, elle a pensé accroître l'attrait de ses réunions par un de ces plaisirs non scientifiques, qui plaisent avant tout aux hommes de science.

Le grand intérêt des communications qui lui sont faites, et l'accueil familial que les confrères bruxellois réservent à leurs amis de province et d'étranger, rendaient ce souci vraiment superflu. On doit néanmoins féliciter ceux qui ont proposé cette innovation. L'excursion finale est, même au point de vue médical, un des actes les plus utiles d'un cycle oto-laryngologique. C'est dans la chaleur qui l'anime que fondent les premières glaces entre collègues nouveaux : et peut-être aussi, dans ce coudoiement salutaire, se resserrent certaines relations trop lâches entre membres anciens : tous y gagnent. Apprendre à se mieux connaître, donc à s'estimer davantage, n'est-ce pas le but final de telles réunions ? Et comment le faire mieux qu'en ces récréations où la parole est libre, sans crainte de la sonnette du président ni des indiscrétions du compte rendu ?

Cette année, le lundi 11 juin, on s'en fut en corps par wagon spécial, s'il vous plait ! — dans le Borinage C'est, aux environs de Mons, un petit pays ravissant ; on dirait une toile de Téniers tendue sur la carte du Hainaut. Sous une fine brume qui en adoucit les contrastes — tel un voile de gaze — les toits rouges se mêlent aux arbres en fleurs, sur le flanc de collines mollement ondulées, cependant que plus loin. dans la plaine. les célèbres mines de houille bossèlent l'horizon des pics noirs de leurs terrils.

Dans ce pays surpeuplé, l'homme demeure sous le ciel et dans la terre. Pour un jour, cette vie en partie double nous était destinée. Notre président, le Dr Lecocq. homme aimable entre tous, nous convia à l'accompagner au fond de la mine de Hornu et Wasmes : une exploitation modèle, semée de trappes, précipices, défilés, qui mirent en relief le courage des spécialistes : dans une cheminée faillit s'enclaver le chef d'une des cliniques bruxelloise les plus répétées, dont le talent égale le diamètre. Et, chez tous, en sortant se déclara une anthracose aiguë généralisée, que seul put guérir en quelques heures le Dr Lecoq. Il nous traita en son ravissant château, par une mixture extraordinaire de Bourgogne, dont il a gardé le secret.

De telles journées sont mauvaises pour la solidité des frontières. Au matin du 11 juin, il y avait dans la Société belge d'otologie des membres nationaux et des correspondants étrangers : le soir, nous étions tous compatriotes, tous nègres. Entre la Belgique et la France, il n'y avait plus de Pyrénées.

Puisse cette phrase n'être pas seulement une métaphore d'un goût douteux, mais dire une prédiction juste : Il existe entre nos voisins et nous une telle communion de langue et d'idées, que fatalement se fera un jour la fusion scientifique entre eux et nous ; le plus tôt sera le mieux.

Que les confrères belges, imitant leur tabac, affluent en France ; et que nous, prenant exemple sur nos vins, nous les suivions en terre flamande ; sans doute, comme eux, nous y deviendrons meilleurs. Mêlons-nous. Que chaque année nous donne l'illusion d'une Société otologique franco-belge, tenant deux assises : celle de mai, à Paris ; celle de juin, à Bruxelles ; et qu'on y voie mêmes visages connus, mêmes cœurs unis. Le printemps est gai au Quartier-Latin ; et, sous les ombrages du Parc Léopold, l'été donne la joie de vivre.

M. LERMOYEZ.

Tome XXXII. — N° 8. — Août 1906.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LE RADIUM EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par Ricardo BOTEY (Barcelone)

Il y a à peu près huit mois que nous traitons quelques-uns de nos malades du pharynx, des fosses nasales, du larynx et des oreilles par les radiations de sulfate de radium de 500.000 activités.

On sait que les sels de radium, même impurs, sont d'un prix exorbitant. Un gramme de bromure de radium coûte 400.000 francs. Son emploie thérapeutique serait par conséquent presque impossible, s'il n'existait pas deux circonstances :

1° Que l'on n'a besoin que de quelques centigrammes, voire même milligrammes de radium ;

2° Que le radium étant inusable il peut servir indéfiniment.

Malgré ces avantages, cet agent thérapeutique n'est pas encore à la portée de tout le monde, à moins de vouloir utiliser un sel de radium d'une activité inférieure à 500.000. Quand en oto-rhino-laryngologie on emploie un sel de radium de 100.000, de 50.000, de 20.000, de 10.000, et de 5.000 activités, les résultats que l'on obtient sont insuffisants ou nuls la plupart du temps, car il faut prolonger outre mesure la durée des séances ce qui est très fatigant, et employer d'assez grandes quantités de sel de radium ce qui est encombrant à l'intérieur des cavités naturelles, à cause d'un volume excessif de l'extrémité de l'appareil qui contient le radium.

Il faut donc se servir d'un sel de radium de 500.000 activités et en employer un centigramme ou tout au plus deux

centigrammes, ce qui est à tout prendre, amplement suffisant pour toutes les nécessités de l'oto-rhino-laryngologie.

Personne n'ignore que le radium découvert par M. et Mme Curie, est un métal de la série alcalino-terreuse, étant considéré comme l'homologue supérieur du baryum. Cependant, il n'a pas encore été isolé et ce sont seulement les sels de radium, chlorure, bromure, azotate, carbonate, sulfate, etc. qui ont été extraits, à l'état de pureté plus ou moins grande des divers minerais où ils se trouvent mélangés, en quantité infime, aux sels correspondants de baryum.

Le radium appartient, avec le potassium et l'actinium, au groupe des substances dites *radio-actives*. Comme de minuscules soleils, les sels de radium sont le siège d'un dégagement continu de lumière et de chaleur en même temps qu'ils émettent un *rayonnement* comparable au rayonnement des ampoules de Röntgen.

De plus, les sels de radium sont capables de communiquer temporairement à toutes les substances qui séjournent pendant un temps suffisant dans leur voisinage la propriété d'émettre elles-mêmes ce rayonnement ou, en d'autres termes, de devenir elles-mêmes passagèrement radio-actives : c'est le phénomène désigné sous le nom de *radio-activité induite*.

Le rayonnement du radium n'intervient pas directement dans la production de la radio-activité induite. Il se propage en ligne droite, sans subir ni réflexion, ni réfraction, ni polarisation, et il est arrêté par un écran de plomb épais interposé sur son trajet, tandis que la radio-activité se transmet par l'air, de proche en proche, depuis le corps radio-actif jusqu'à la substance à activer, alors même qu'il est relié à cette substance par un tube capillaire étroit et sinueux. Il est aujourd'hui démontré que le transport et la transmission de la radio-activité induite sont dus au dégagement par les sels de radium d'une *émanation* de nature gazeuse.

Il y a donc, au point de vue thérapeutique, une distinction très nette à faire entre le *rayonnement* et l'*émanation* des sels de radium. En oto-rhino-laryngologie on utilise seulement le rayonnement du radium. Ce rayonnement est parfaitement

comparable à celui de Röntgen, tant par ses *effets*, que par ses *qualités* propres.

Le rayonnement du radium, de nature plus complexe que le rayonnement de Röntgen, est composé d'un mélange de rayons, les uns déviables par l'aimant, les autres non déviables, les uns électrisés positivement ou négativement, les autres, non électrisés, tandis que le rayonnement de Röntgen comprend seulement des rayons non déviables par l'aimant et non électrisés.

Fig. 1.

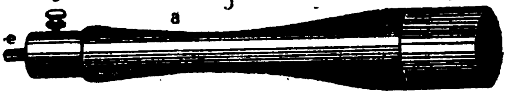


Fig. 2.



Fig. 3.

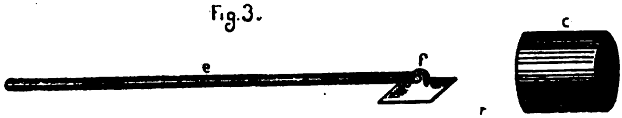
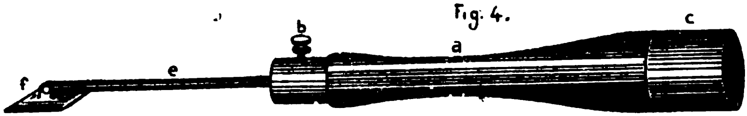


Fig. 4.



Ces trois espèces de rayons provoquent tous les mêmes effets que les rayons de Röntgen : ils illuminent les substances fluorescentes, impressionnent les plaques photographiques, colorent un grand nombre de corps, rendent l'air conducteur pour l'électricité et modifient, dans leur structure et leur évolution, les éléments cellulaires des tissus vivants.

Quand on connaît le degré d'activité efficace d'un échantillon de sel de radium, il faut encore, au point de vue de son action thérapeutique en profondeur, se préoccuper de la manière dont il est réparti dans l'espace.

En effet, si le foyer d'émission du rayonnement est punctiforme, comme il arrive lorsque quelques milligrammes de sel occupent le fond d'une petite éprouvette de verre, alors le rayonnement est formé de rayons divergents dans tous les sens et son intensité décroît en raison du carré de la distance.

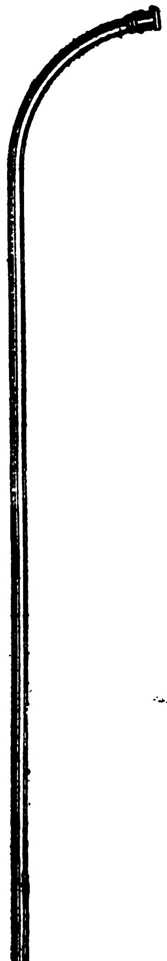


Fig. 5.

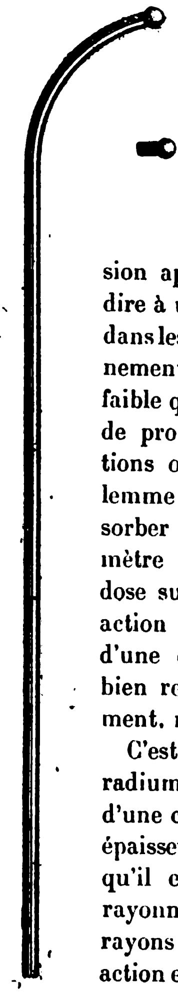


Fig. 6.

A un centimètre d'éloignement du foyer d'émission appliqué sur la peau, c'est-à-dire à un centimètre de profondeur dans les tissus, l'intensité du rayonnement est donc cent fois plus faible qu'à un millimètre seulement de profondeur et dans ces conditions on ne peut échapper au dilemme suivant : ou bien faire absorber aux tissus placés à un centimètre au-dessous de l'épiderme la dose suffisante pour exercer une action thérapeutique, mais au prix d'une destruction de la peau, ou bien respecter l'intégrité du tégument, mais n'agir qu'à sa surface.

C'est seulement quand le sel de radium est bien tassé sous la forme d'une couche plane d'une certaine épaisseur et d'une certaine étendue qu'il est permis de considérer le rayonnement comme formé de rayons parallèles et que dans son action en profondeur, il est possible de tenir compte seulement de la quantité absorbée pendant le parcours par les tissus.

L'instrument représenté sur les figures 1, 2, 3 et 4, avec

les tiges additionnelles figures 5 et 6 est destiné à servir pour les maladies du nez, des fosses nasales, des lèvres, de la bouche, du pharynx, du larynx et des oreilles ; il a été construit par Armet de L'isle.

Il se compose d'un manche en bois *a*, perforé longitudinalement pour laisser passer la tige *e* montée à charnière sur la pièce *f* qui porte le sel de radium collé sur la face opposée à la charnière. Il se termine d'un côté par une virole métallique traversée par une vis de pression *b*, de l'autre par une partie *d* cylindrique pour recevoir le culot *c* en métal, et mortaisée pour recevoir le plateau *f*.

Pendant le transport, la tige *é* est engagée dans le trou du manche *a*, de telle façon que le plateau *f* rentre dans la mortaise de la partie *d* (*fig*, 2), la tige *e* dépasse légèrement le manche du côté de la virole et est fixé par la vis de pression *b* (*fig*. 2).

Le culot *c*, destiné à protéger contre les rayonnements du radium, est alors vissé ou enfoncé à frottement sur la pièce *d* (*fig*. 1).

Pour les applications, après avoir enlevé le culot *c*, on retire la tige *e* pour la rentrer dans le manche, du côté de la virole, et on la fixe à la place convenable au moyen de la vis à pression *b* (*fig*. 4).

Pour l'usage oto-rhino-laryngologique il est nécessaire, en outre, de disposer de deux autres tiges complémentaires, d'une plaque porte-radium de moindres dimensions et d'une petite sphère porte-radium pour l'intérieur du larynx.

La tige courte et droite comme celle des figures 3 et 4 servira pour le nez, les lèvres, la bouche, le pharynx, les fosses nasales et les oreilles. Les tiges longues et recourbées (*fig*. 5 et 6) seront utilisées pour la base de la langue, l'épiglotte et l'intérieur du larynx.

Pour le nez, les lèvres, la bouche et le pharynx, la plaque aura un centimètre de côté ; pour les fosses nasales et les oreilles cette plaque n'aura que cinq millimètres de côté ; pour l'intérieur du larynx, au lieu de plaque il sera bien préférable de posséder une petite sphère de quatre millimètres de diamètre qui porte collé sur sa surface le sel de radium (*fig*. 6).

De cette façon on ne blessera pas les cordes vocales ou les bandes ventriculaires pendant les applications de radium à l'intérieur du larynx.

Pour les applications externes, et même pour celles de la bouche, du pharynx et des oreilles, au lieu de tenir le sel de radium avec la main, ce qui est très fatigant, j'ai fait construire dernièrement un petit appareil porte-radium qui prend appui sur le front du patient soutenu par le bandeau frontal

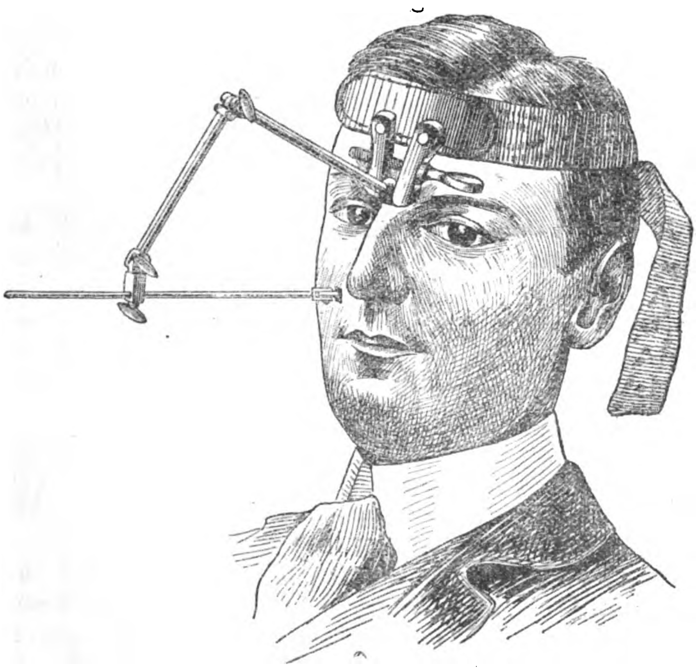


Fig. 7.

(*fig.* 7). La tige qui doit appliquer le radium est maintenue dans la position requise grâce à un petit mécanisme composé de trois articulations à charnières qui permet sa fixation dans tous les sens. Comme les mouvements de l'appareil sont solidaires de ceux de la tête du malade, une fois le radium en

place, le malade peut bouger, lire et même se promener, sans crainte de voir son radium se déplacer de la position convenable.

Chez certains malades très tolérants, cet appareil porte-radium peut être utilisé, pour les applications, à l'intérieur de la bouche, du pharynx, et des fosses nasales; mais quand il s'agit d'appliquer le radium, sur la base de la langue, sur l'épiglotte et à l'intérieur du larynx, il faut absolument tenir de la main la tige du radium, en se servant en même temps du miroir guttural, comme pour les examens laryngoscopiques, ce qui est très fatigant et ennuyeux pour le malade et le médecin.

Le sel de radium collé à la surface du petit plateau est protégé par une simple couche de vernis imperméable ; n'existant pas ici, comme dans l'ancien système, de lame d'aluminium interposée, le sulfate de radium laisse passer le 60 $^0/_0$ de ses rayons, et se prête facilement aux multiples applications externes et endo-pharyngiennes, endo-nasales, etc.

En outre, de cette façon, avec l'appareil à sels collés on n'a besoin que d'une bien moindre quantité de radium pour couvrir une même surface, ce qui est un avantage très appréciable étant donné le prix des sels de radium.

On peut sans inconvénient aseptiser les appareils à sels collés en les plongeant un quart d'heure dans l'eau bouillante, par un flambage à l'alcool ou par un passage à l'étuve. Les appareils ne craignent réellement que les dégradations mécaniques; c'est pourquoi on fera bien, au sortir de l'eau bouillante, de ne pas les essuyer et de laisser évaporer l'eau qui les mouille.

La forme des plateaux est carrée et non ronde. En voici la raison : quand on veut traiter une région malade dont la surface dépasse celle du plateau, il est nécessaire de subdiviser cette région en un certain nombre de circonscriptions sur lesquelles on applique successivement le sel de radium.

S'il était contenu dans une boîte circulaire ou collé sur un plateau rond on ne pourrait échapper à l'un de ces deux inconvénients : ou bien laisser entre les petits cercles traités, tangents à leur périphérie, des portions de la surface malade non trai-

tées, ou bien superposer partiellement ces cercles et donner ainsi à certaines régions une dose double de celle qui leur est nécessaire. Avec la forme carrée on évite ces inconvénients.

Le radium n'agit pas sur les lésions situées à une grande profondeur. Le radio-chromomètre de Benoist démontre que le pouvoir de pénétration du rayonnement du radium est plus faible que celui des rayons Röntgen, il équivaut à celui d'une ampoule très molle ; par conséquent son action très intense sur la surface décroît rapidement à quelques millimètres de profondeur.

Le radium se prête parfaitement à être introduit par les premières voies pour agir directement sur elles ; on peut donc comparer les sels de radium à une minuscule ampoule de Röntgen pouvant être placée à l'intérieur de ces cavités.

Nous allons maintenant donner un résumé des observations des malades traités par ce nouvel agent thérapeutique.

OBSERVATIONS

A. — *Maladies de la bouche.*

I. *Papillite linguale de la pointe et des bords.* — Pilar C..., 49 ans, traitée le 21 janvier 1906. Application de sulfate de radium pendant quinze minutes, trois fois par semaine. Réaction à peine sensible après la cinquième séance, guérison ce même jour. Les papilles, avant très rouges, gonflées et douloureuses sont maintenant plus petites et plus pâles. La douleur disparut complètement après la troisième séance.

II. *Nœvi vasculaire de la commissure labiale droite* du volume d'un gros pois. — Carlos A..., 26 ans, 27 décembre 1905. Application de radium à la distance de 2 millimètres pendant vingt minutes trois fois par semaine. Preréaction et réactions normales. Guérison après la douzième application, ou soit après cinq semaines de traitement. L'épiderme et le derme se détruisirent superficiellement et il se produisit une régression atrophique du tissu érectile qui pâlit peu à peu et se transforma en tissu inodulaire, en laissant seulement comme reliquat une petite cicatrice.

III. *Ulcération tuberculeuse du centre de la langue du diamètre d'une pièce de cinquante centimes.* — Antonio P..., 22 ans, 29 décembre 1905.

Applications de radium à contact pendant trente minutes toutes les vingt-quatre heures.

A la quatrième application on prolonge la durée des séances jusqu'à quarante minutes.

Après la quinzième séance, l'ulcère est plus pâle et s'entoure d'une couronne rouge. Après la vingt-cinquième séance il se forme, au centre de la plaie, des granulations rosées d'excellent aspect et vingt jours après l'ulcération tuberculeuse était cicatrisée.

Pas de récidive au bout de trois mois, malgré que les sommets de ce malade sont assez gravement atteints.

IV. *Epithéliome de la lèvre inférieure de 18 millimètres de diamètre,* sans le moindre engorgement ganglionnaire. — Rosendo M..., 63 ans, 2 février 1906.

Applications de sulfate de radium pendant quarante minutes toutes les vingt-quatre heures, dix jours de suite. Puis dix autres applications de soixante minutes toutes les huit heures. Au bout de trente-cinq jours le malade était complètement guéri ; la cicatrice était lisse et très peu apparente.

V. *Epithéliome végétant de la pointe de la langue sans induration sous-jacente, ni ganglions.* — Pedro M..., 49 ans, 20 décembre 1905.

Le volume de la tumeur est à peu près celui d'une cerise ; le cas paraît donc très favorable au traitement par le radium.

Après huit séances de quarante minutes, on ne perçoit pas la moindre modification sur le néoplasme.

Après la neuvième séance l'épithéliome pâlit et semble diminuer de volume au cours des six séances suivantes ; mais bientôt la base de la tumeur s'indure, la lésion est plus profonde et l'on suspend le traitement après vingt-deux applications de radium de quarante-cinq minutes.

Le 3 mars 1906, la maladie avait empiré ; le néoplasme s'étendait rapidement vers le bord gauche de la langue en infiltrant profondément l'organe. Je conseille au malade l'extirpation partielle de la langue.

Il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux stratifié.

B. — *Maladies du pharynx.*

VI. *Reproduction d'un épithéliome de la base de la langue et de l'épiglotte, opéré par la pharyngotomie transhyoïdienne ; cette reproduction a lieu sur la paroi latérale gauche du pharynx.* — Antonio R..., 52 ans, de Soller. Opéré par moi trois mois en arrière ([1]). La récidive était à craindre, car il s'agissait d'une des formes de cancer les plus malignes et d'évolution très rapide. Le néoplasme formait un relief convexe et elliptique sur la paroi gauche du pharynx, en arrière du pilier postérieur et s'étendait en bas jusqu'au larynx.

17 mars. — Applications de radium pendant vingt minutes.

28 mars. — Après la première séance on en a fait dix autres de soixante minutes deux fois par jour. La tumeur a diminué de volume, sa surface est en grande partie nécrosée sur la portion de néoplasme accessible au radium.

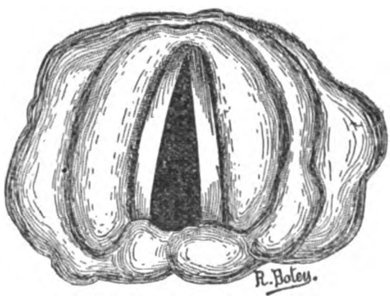


Fig. 8.
Image laryngoscopique après l'extirpation de la langue et de l'épiglotte.

L'entrée du larynx, qui après l'opération formait un infundibulum large qui permettait la vision de l'intérieur du larynx sans tenir la langue, en approchant seulement le miroir au fond de la gorge (*fig.* 8) est maintenant rétrécie. Cette ouverture elliptique dans le sens antéro-postérieur, située en-dessus des bandes ventriculaires, est constituée par les tissus des parois latérales du

([1]) La première partie de cette observation a été publiée dans mes *Archivos de Rinologia*, etc., N° 138, p. 107 et suivantes.

pharynx qui poussent les replis ary-épiglottiques en couvrant ainsi les bandes ventriculaires, si visibles jadis, et une grande partie des cordes vocales (*fig.* 9).

La sténose de l'entrée du larynx oblige à exécuter la trachéotomie, car le radium n'a pu agir sur les tissus situés profondément.

24 avril. — Après la trachéotomie les applications de radium ont continué deux fois par jour pendant soixante-quinze minutes chaque séance.



Fig. 9.

Image laryngoscopique trois mois après l'opération.

Le résultat a été à peu près nul, car le radium n'a agi que sur la surface de la tumeur, le néoplasme a continué après soixante-six séances de plus d'une heure, à envahir la région sous-maxillaire et sus-hyoïdienne.

C. — *Maladies du nez.*

VII. *Epithéliome cutané ulcéré du lobule nasal.* — Eulalia Roig, 55 ans, 26 mars 1906.

Un érysipèle facial suivi de phlyctènes sur le nez. Une de ces phlyctènes se transforme en ulcération qui devient chronique trois ans auparavant.

Au moment de l'examen l'ulcération présente une forme quadrilongue de 22 millimètres de diamètre dans le sens transversal

et de 16 millimètres dans le sens vertical. La plaie s'étend depuis la pointe du nez. La plaie est assez profonde et intéresse toute l'épaisseur de la peau. Une partie de l'ulcère pour relief recouvert par une croûte adhérente, qui si on l'arrache montre une surface saignante.

Les bords de l'ulcération sont élevés durs et quelque peu granuleux par places.

A la sixième séance de radium pendant trente minutes, les bords de l'ulcération avaient perdu partiellement leurs caractères propres; tout autour de l'ulcère on percevait une ligne blanchâtre cicatricielle qui montrait que la peau normale se mettait à la place du tissu néoplasique.

A la vingt-cinquième séance les quatre cinquièmes de l'ulcération sont cicatrisés. Il reste seulement une petite plaie sur l'aile du nez, sur laquelle les applications de radium avaient été moins fréquentes.

Douze séances de quinze minutes produisent la complète cicatrisation de cette dernière portion d'épithéliome.

On a donc eu besoin de vingt-sept applications de radium, de vingt-cinq à trente minutes et douze à quinze minutes pour guérir complètement le mal.

La cicatrice qui en est résultée est lisse et un peu plus déprimée que le reste de la peau du nez, et son diamètre bien moindre que la plaque épithéliomateuse.

VIII. *Lupus ulcéré de la pointe du nez avec végétations tuberculeuses de la tête du cornet inférieur droit et du vestibule nasal.* — 26 avril 1905. Luisa Cerdá, 38 ans.

Il y a dix-huit mois, rougeur du nez de plus en plus foncée. Ulcération fongueuse sur cette rougeur. La malade consulte plusieurs spécialistes inutilement; le mal grandit toujours, le nez se bouche du côté droit et se remplit de croûtes. Rien aux sommets.

Séances journalières de radium de trente minutes. A la quatrième séance l'ulcération s'est réduite considérablement; le résultat obtenu est vraiment surprenant.

Après la septième séance toute la surface ulcérée se recouvre d'une mince couche blanchâtre qui ne se décolle pas par frottement; cette cuticule est de l'épiderme nouvellement formé.

Après la douzième séance toute l'ulcération était parfaitement cicatrisée.

IX. *Acné rosacé du nez.* — 9 avril 1906. Antonin Oliver, 21 ans. Depuis trois ans le malade souffre de sensations de chaleur sur son nez suivies de petits boutons couverts d'une petite croûte.

La pointe du nez de ce malade est d'un rouge uniforme et on y observe un nombre considérable de petites veines filiformes qui forment un filet à mailles très serrées d'un rouge vif.

On fait huit séances de radium de quinze minutes sans le moindre résultat.

On recourt alors aux scarifications linéales de Vidal.

X. *Epithéliome cutané ulcéré, de tout le dos du nez.* — 15 avril 1906. Josefa Oro, 66 ans.

La malade raconte que seize ans auparavant il lui apparut sur le dos de son nez un petit bouton dur qui plus tard s'ulcéra et se couvrit d'une croûte. La malade consulta alors une foule de médecins sans obtenir de guérison, puis des empiriques qui lui appliquèrent des onguents.

Le néoplasme siège sur presque tout le dos du nez, il occupe principalement la face gauche et traverse inférieurement la ligne moyenne pour s'étendre en outre sur le lobule en entier et sur l'aile droite. En haut le mal touche le sac lacrymal gauche, en arrière il dépasse la limite du sillon naso-génien du même côté et par en bas il atteint le bord inférieur de la narine droite.

Cet épithéliome mesure 51 millimètres de longueur sur son plus grand diamètre (du sac lacrymal gauche à la narine droite); 23 millimètres de largeur à son extrémité inférieure, sur le lobule du nez; 32 millimètres à sa partie centrale et 10 millimètres sur la partie supérieure. Son aspect est irrégulier, ses bords saillants et très élevés en partie fongueux; sur le côté gauche du nez il existe deux nodules d'inflammation qui soulèvent la peau.

20 avril. — A la quatrième application de radium de trente minutes le résultat favorable obtenu est évident; sur le centre de l'épithéliome on observe une surface cicatrisée de plus de deux centimètres carrés.

30 avril. — Les trois quarts de la surface épithéliomateuse est guérie; il reste seulement aux extrémités supérieure et inférieure deux petites ulcérations très saillantes et irrégulières à bords durs.

26 mai. — Guérison complète de l'épithéliome cutané, en laissant une cicatrice assez peu saillante après quarante-cinq jours de traitement.

D. — *Maladies des oreilles.*

XI. *Malade opérée d'attico-antrotomie dont l'épidermisation est très lente.* — Magdalena Palau, 19 ans. Opération radicale de l'oreille droite le 2 février 1906 avec résection de la pointe de la mastoïde pour otorrhée avec Bezold.

La marche post-opératoire de la plaie fut excellente; mais l'épidermisation des parois inférieure du conduit et interne de la caisse traînait en longueur. La malade opposant des résistances à la greffe de Thiersch par crainte de la douleur, je lui proposai les applications de radium qui furent immédiatement acceptées.

Ces applications eurent lieu directement en interposant seulement une lamelle de gaze. Les séances, comme d'habitude, étaient journalières et duraient trente minutes.

A la troisième séance on nota un changement. Les fongosités s'étaient aplaties et étaient devenues plus lisses, plus blanches et moins atoniques.

Après la sixième séance tout le fond de l'oreille était complètement cutanisé.

XII. *Actinomycose du tragus et du lobule de l'oreille droite propagée à la région parotidienne vers l'angle de la machoire inférieure.* — Rosita N..., 9 ans, 18 janvier 1906.

La maladie débuta par le centre du lobule deux années auparavant. Maintenant le lobule, le tragus et une petite partie de la région voisine sont tuméfiés, ulcérés avec deux trajets fistuleux par où sort du pus.

La petite malade a été traitée par différents médecins, comme scrofule et comme syphilis sans le moindre résultat. J'observe dans un recoin d'une ulcération plusieurs grains jaunes de soufre caractéristiques de l'actinomycose, ces grains sortent en comprimant le tragus.

En examinant ces grains au microscope et en les colorant (Gram, éosine), ils offrent l'aspect de filaments entrelacés avec des prolongements radiés périphériques se terminant par des épaississements en forme de massue. Il s'agit donc vraiment d'actinomycose.

Après avoir ouvert et bien nettoyé les culs de sac contenant des grains et du pus, on commence les applications de radium directement sur le mal.

Les séances ont lieu tous les jours pendant quarante minutes.

A la cinquième application, les grains avaient complètement disparu.

A la vingt-deuxième séance de radium la petite malade était complètement guérie.

Deux mois après il n'existait pas de récidive. La patiente, par pure précaution prend néanmoins 25 centigrammes de iodure de potassium par jour.

E. — *Maladies du larynx.*

XIII. *Tuberculose infiltro-hypertrophique du larynx avec ulcérations sur l'épiglotte et l'aryténoïde gauche.* — Pedro M..., médecin, 50 ans. Traité par moi la première fois en mars 1905, par l'acide lactique et le galvano-cautère, car la lésion possédait un aspect scléro végétant très ressemblant au lupus. Le résultat obtenu fut médiocre.

9 mars 1906. — Douleurs vives pendant l'acte de la déglutition ; l'épiglotte est plus rouge et ulcérée, de même que l'aryténoïde gauche. Application de radium pendant huit minutes sur l'épiglotte, après avoir cocaïnisé le pharynx.

23 mars. — Aidé du miroir laryngoscopique et de l'anesthésie locale on a fait neuf applications de radium sur l'épiglotte. La douleur à la déglutition a augmenté, mais l'épiglotte et les aryténoïdes sont moins congestionnés sans que l'ulcération montre de la tendance à se fermer.

Toutes les deux ou trois minutes, il faut suspendre la séance à cause de la position de la bouche et de la langue qui fatigue le malade. Ceci fait que pour une séance de 15 minutes il faut en employer au moins trente. En outre, cette pose laryngoscopique si prolongée est aussi très fatigante pour l'opérateur.

Sans l'anesthésie locale ces applications de radium sont à peu près impossibles à l'intérieur du larynx, car le moindre mouvement, le plus léger contact sur les bandes ou les cordes, occasionne immédiatement des réflexes pharyngiens.

D'autre part, la cocaïnisation du larynx tous les deux jours, finit par énerver le malade et par produire l'accoutumance, ce qui oblige à multiplier les attouchements et prolonge de plusieurs minutes la durée de la séance.

En outre, la fréquence avec laquelle le malade doit tirer sa langue pendant une demi-heure, rend le frein douloureux et arrive même d'y faire naître une plaie qui oblige à discontinuer les applications de radium pendant cinq ou six jours.

20 avril. — Après plusieurs repos et une quinzaine d'applications de radium la tuberculose du larynx ne semble pas avoir expérimenté la plus petite amélioration.

XIV. *Ulcération tuberculeuse de l'épiglotte avec infiltration aryténoïdienne. — Ulcération de la base du pilier antérieur gauche et de la fosse glosso-épiglottique.* — Aurora Jaume, 21 ans. D'aspect délicat, peau fine et blanche, teint anémique, 16 novembre 1905.

Douleurs à la déglutition depuis dix-sept mois à cause d'une ulcération de l'épiglotte. Cet ulcère est traité avec le lactophénol pur et guérit après cinq mois de traitement.

21 avil 1906. — Nouvelles ulcérations tuberculeuses sur la base du pilier antérieur gauche et au fond de la fossette glosso-épiglottique. Application de radium pendant quinze minutes, ce qui occasionne de fréquentes nausées à la malade, malgré que l'abaisse-langue soit manœuvré très doucement.

30 avril. — Après neuf séances quotidiennes de quinze minutes l'ulcération du pilier guérit. On applique le radium sur l'ulcération de la fosse glosso-épiglottique. Pas besoin ici d'abaisse-langue, il faut opérer en position laryngoscopique ce qui est très ennuyeux et fatigant, car la malade supporte mal les séances malgré la cocaïnisation préalable.

8 mai. — Pas ou très peu d'amélioration. On suspend les applications de radium.

XV. *Ulcération tuberculeuse de la paroi postérieure du pharynx. Laryngite tuberculeuse chronique vulgaire. Infiltration des deux sommets, deuxième période.* — Antonio Reig, 25 ans, tousse depuis huit mois. Vient consulter le 12 avril 1906.

Application de radium sur l'ulcère du pharynx pendant vingt minutes avec notre petit appareil porte-radium, que le malade supporte bien.

30 avril. — Plaie du pharynx complètement cicatrisée, après quinze séances de trente minutes. La tuberculose du larynx n'a pas expérimenté la moindre amélioration.

4 juin. — On suspend le radium.

Réflexions. — Ces 15 cas sur 19 traités par moi, ces huit derniers mois, se prêtent déjà à la formation d'une opinion sur les effets thérapeutiques des sels de radium en oto-rhino laryngologie.

En premier lieu, l'influence rapidement favorable du radium sur la cicatrisation des néoformations malignes et tuberculeuses peu profondes et peu étendues, est de toute évidence. Le radium fait vraiment merveille dans le traitement de l'épithéliome cutané du nez. Ainsi on voit chez la malade de l'observation VII, un ulcère épithéliomateux de trois années de durée, guérir complètement dans l'espace de sept semaines. L'observation X est encore plus surprenante ; une femme ayant un épithéliome du nez depuis seize ans guérit par le radium en huit semaines de traitement.

Il faut noter que dans ces cas, la tumeur maligne ne disparaît pas brusquement. Les premiers jours l'influence du radium paraît être minime, les effets semblent s'accumuler d'une manière latente ; puis le tissu néoplasique secrète de la sérosité plus ou moins sanguinolente, après s'être fortement congestionné. Ce tissu se nécrose, se réabsorbe, se replie sur lui-même, et la tumeur diminue de volume en même temps qu'apparaît sous lui du tissu sain qui cicatrise rapidement la surface ulcérée, en la recouvrant au préalable d'une pellicule blanchâtre très mince qui rappelle une fausse membrane excessivement ténue : c'est le nouvel épiderme.

Cette réduction de volume et cette cicatrisation, une fois en train, marchent rapidement ; ainsi des épithéliomes ayant cinq centimètres de diamètre (obs. X). n'ont que trois centimètres après la neuvième séance.

Cette action si élective, que l'on peut presque qualifier de spécifique, que possède le radium sur l'épithéliome cutané, est aussi manifeste et même plus, pour le lupus nasal ulcéré peu étendu, en surface et en profondeur, comme le démontre l'observation VIII, ou une ulcération de la pointe du nez de dix-huit mois de date, rebelle à tous les traitements, se réduit considérablement après la quatrième application de radium, se cicatrisant complètement à la quatorzième séance.

Malheureusement cette puissante action curative du radium

ne dépasse guère sur nos tissus l'épaisseur de quelques millimètres et l'étendue de quelques centimètres. Malgré que le radium se prête bien mieux que les rayons de Röntgen pour agir à l'intérieur des cavités comme le larynx, l'oreille, la bouche, le nez, le pharynx, puisque l'on peut facilement l'introduire, si la lésion n'est pas superficielle et limitée, les effets du radium sont à peu près nuls comme le démontre l'observation VI. Dans de semblables cas, malgré la longue durée des séances, on n'obtient que la mortification superficielle du néoplasme sur une épaisseur de trois à quatre millimètres, les parties situées plus profondément suivent leur marche envahissante avec la même ou peut-être avec une plus grande rapidité.

Sur l'épithéliome de la langue d'une certaine épaisseur le radium n'agit pas favorablement; ces effets curatifs très superficiels n'empêchent pas la propagation du mal (obs. V).

Les effets curatifs du radium sur l'acné rosacé sont complètement nuls. En échange le radium guérit rapidement le psoriasis lingual, les séances doivent être courtes, de trois ou quatre minutes. Une ou deux séances suffisent quelquefois pour guérir une plaque de leucoplasie.

Nous avons transcrit un cas d'actinomycose du pavillon guéri dans l'espace de quatre semaines, et l'on sait que cette maladie d'origine bovine, peut durer des années même traitée par l'iodure de potassium.

Le radium active considérablement la cicatrisation des surfaces cruentes dont l'épidermisation se trouve retardée par manque d'énergie dans le pouvoir de multiplication des cellules épithéliales. Ces merveilleuses propriétés peuvent être mises à profit, comme nous l'avons fait pour la malade de l'observation XI, pour terminer rapidement la cutanéisation du fond de l'oreille après l'opération radicale en substitution de la greffe de Thiersch, qui est toujours plus ou moins douloureuse.

A notre avis, les applications de radium peuvent être quotidiennes, et de cette façon l'on abrège la durée du traitement. Le radium de 500.000 activités (de un à deux centigrammes) peut être appliqué non seulement pendant quinze minutes,

mais même pendant deux ou trois heures par jour si on le juge nécessaire. Ceci est très facile à réaliser quand on se sert de mon petit appareil porte-radium qui n'a besoin que d'être de temps en temps surveillé pour s'assurer de son bon placement.

Les avantages des sels de radium sur les rayons Röntgen sont bien évidents quand on doit agir à l'intérieur des cavités naturelles du corps humain, comme nous l'avons déjà dit. A l'intérieur, les avantages du radium et des rayons Röntgen sur les méthodes chirurgicales sont comparables et presque équivalents. Avec l'un et l'autre systèmes on obtient une jolie cicatrice restauratrice de la forme primitive de la région ; la douleur, l'infection locale et les hémorrhagies disparaissent. Mais le radium constitue en petit appareil d'une activité constante, plus maniable que les rayons Röntgen. La grande supériorité du radium consiste en ce qu'il se trouve plus à la portée de tous les médecins que les rayons X. En effet, le médecin ne doit ici se préoccuper de l'intensité du courant électrique, de l'état hygrométrique de l'atmosphère, etc. comme avec les rayons de Röntgen. Mes aides, mon valet de chambre et même le propre malade devant un miroir, appliquent chez moi le radium. Il suffit de bien placer le petit appareil et de surveiller son fonctionnement et sa stabilité.

Le médecin de campagne et celui qui exerce dans les centres urbains secondaires, où il est à peu près impossible de disposer d'une installation de Röntgen à cause de son prix très élevé, où les praticiens ne recourrent pas facilement à l'intervention chirurgicale ; là où les cancroïdes des lèvres et les épithéliomes cutanés sont assez fréquents, ce serait une grande ressource de pouvoir utiliser le radium.

Mais le radium est, de la même façon, très cher ; il est nécessaire de disposer au moins de 2.000 francs pour être possesseur de quelques centigrammes d'un sel de radium de 500.000 activités. Ce conflit serait facilement résolu en louant le radium aux médecins, d'autant plus que, comme l'on sait, le radium est inusable ; de cette façon on n'utiliserait pas dans la pratique des sels de radium très impurs et en des quan-

tités trop minimes pour être efficaces, comme il arrive maintenant.

A côté des cas où le radium a fait merveille (épithéliome cutané, cancroïde de la lèvre, actinomycose, lupus, etc.) nous avons observé d'autres cas (épithéliome lingual, épithéliome du pharynx, tuberculose du larynx, acné rosacé) où le radium n'a pas réussi.

Ces échecs doivent nous enseigner à être prudent dans le traitement par le radium de ces affections, ne demandant au radium plus qu'il ne peut donner, sous peine de voir succéder à cette période d'enthousiasme pour le radium, une autre période de discrédit trop exagéré.

En résumé, le radium en est encore à l'étape de recollection de faits et de cas traités par cet agent merveilleux, principalement en ce qui touche l'oto-rhino-laryngologie. Il manque encore une classification rationnelle des cas observés pour pouvoir en tirer des conséquences fermes et définitives.

Pour cette classification, la publication impartiale de tous les succès et de tous les revers s'impose en indiquant en même temps cliniquement et expérimentalement avec précision les conditions dans lesquelles on a agi ou on s'est trouvé.

Néanmoins, on peut déjà commencer à croire que le radium est inefficace contre les processus franchement tuberculeux du larynx ; son pouvoir curatif est partiel et insuffisant contre le cancer profond ; mais en échange le radium guérit très rapidement : l'épithéliome cutané, le lupus nasal, certains cancroïdes des lèvres, l'actinomycose superficielle et limitée ; cicatrise promptement les ulcérations torpides et le psoriasis lingual.

II

MICRORHINIE ET CONCHOTOMIE

Par **CROUZILLAC** (Toulouse).

Mendel, dans son intéressant travail, a démontré quelle place importante doit être accordée au nez dans l'étude de la respiration. Cet auteur s'est efforcé d'établir quels étaient les dangers d'une respiration défectueuse, et quels troubles elle pouvait occasionner.

Il était donc utile d'établir quelle devait être la respiration normale, de pouvoir se rendre compte, de façon mathématique, de son ampleur, en un mot de pouvoir la mesurer. C'est ce que n'ont pas manqué de faire les physiologistes, et les instruments plus ingénieux les uns que les autres ont été construits dans ce but. Nuel et Fredericq les classent en trois catégories.

1° Ceux qui inscrivent les mouvements d'ampliation de la cage thoracique ;

3° Ceux qui transmettent à un lévier les variations de la pression intra-thoracique ;

3° Enfin ceux qui indiquent le volume d'air qui entre dans les poumons et en sort.

Tous ces instruments ont pour but l'étude de la respiration en général, mais aucun ne s'occupe spécialement de la respiration nasale.

D'ailleurs, la physiologie de cet acte limitée à l'étude d'une partie de l'arbre aérien a été complètement négligée (1) (2).

(1) Mendel. — *Physiologie et pathologie de la respiration nasale*, p. 1.
(2) Courtade. — *Etude clinique et physiologique de l'obstruction nasale*, p. 19.

Cela explique pourquoi Zuckerkandl ([1]) a pu écrire l'un des premiers. « La fonction principale des fosses nasales, qui consiste à maintenir ininterrompues les relations entre le monde extérieur, la sphère olfactive et les poumons, diffère selon que les fosses nasales sont étroites ou larges, que les cornets sont rapprochés ou éloignés les uns des autres, qu'ils sont ou non en contact avec la cloison. En effet, ces dispositions architectoniques influent sur le courant d'air inspiré », délimitant ainsi le rôle des fosses nasales au point de vue physiologique de la respiration. Il n'est pas non plus surprenant que des rhinologistes, tels que Sandmann ([2]), Zwaardemaker ([3]), Kayser ([4]), Jacobson, à l'étranger, Mendel, Courtade et autres aient été les premiers à s'occuper de la physiologie de la respiration nasale.

Mendel a tenté, avec son rhinomètre, d'établir le rapport qui existe entre l'ouverture de l'orifice respiratoire et la quantité d'air introduite dans les poumons à travers ce dernier ; enfin, il a établi le même rapport pour l'orifice buccal. Courtade n'admet ses conclusions que sous toute réserve. Quant à lui, il préfère utiliser pour ses recherches un appareil de son invention : le Pneumodographe ([5]).

L'emploi des uns comme des autres sert à établir la différence de perméabilité qui existe d'une fosse nasale à l'autre, ou encore l'insuffisance respiratoire bi-narinaire. Cette insuffisance a fait l'objet de nombreux travaux dans ces dernières années, et les symptômes qui s'y rattachent ont été diversement interprétés. Les troubles qu'ils sont susceptibles de provoquer sont si graves que les pédiatres comme les rhinologistes en ont été émus. Les uns et les autres ont voulu solutionner la question, ils n'ont pas toujours pu se mettre d'accord.

([1]) Zuckerkandl. — *Anat. norm. et path. des fosses nasales*. Introd. p. xiv.

([2]) Sandmann. — Soc. de laryng. de Berlin, 3 novembre 1893

([3]) Zwaardemaker. — « Etude de la respiration pour le diagnostic de la respiration nasale ». *Arch. f. laryng.*, n° 2, 1893.

([4]) Kayser. — Société all. d'otologie, Iéna, 1895.

([5]) Courtade. — *Loc. cit*, p. 29 et suivantes.

Quant à nous, nous estimons que les causes de cette gêne respiratoire sont nombreuses, et, en premier lieu, nous plaçons le rétrécissement congénital ou acquis des narines — ou *microrhinie* — le coryza hypertrophique, les éperons de la cloison, les queues de cornet, les végétations adénoïdes, la déformation de la voûte palatine chez les enfants, les polypes du nez et les tumeurs du noso-pharynx viennent augmenter la liste des causes efficientes chez l'adulte.

Mais si les troubles qu'elle provoque, si sa symptomatologie ont été bien étudiés, c'est à peine si le traitement a été ébauché. Il nous a paru intéressant de diriger nos efforts de ce côté et d'essayer de rétablir la perméabilité des fosses nasales obstruées.

Nous définirons d'abord la microrhinie, ses causes; nous étudierons ensuite sa symptomatologie, et décrirons enfin le traitement que nous lui appliquons.

Définition. — Nous entendons par *microrhinie* le resserrement transversal du nez ou étroitesse congénitale de certains auteurs, s'étendant d'avant en arrière et ayant pour conséquence l'absence complète, ou à peu près, d'espace libre entre la face convexe du cornet inférieur et la face correspondante de la cloison.

Causes. — Les causes sont liées à un arrêt de développement de la face. Cet arrêt peut être congénital ou acquis. L'arrêt de développement du maxillaire supérieur empêche les parois externes du nez de s'éloigner de la ligne de soudure médiane, et par là de la cloison. L'air, dans ces conditions, ne traverse point le méat moyen aussi librement et en quantité suffisante. Il y a insuffisance respiratoire par microrhinie. C'est le type de l'arrêt de développement congénital, c'est lui qui provoque les déviations de la cloison, la voûte en ogive, l'implantation vicieuse des dents.

Les arrêts de développement peuvent être liés à des affections diverses, aux traumatismes ; ils sont alors acquis.

Symptomatologie. — Les symptômes qui trahissent son existence sont communs à plusieurs affections nasales.

En premier lieu la *dyspnée nasale*, facilement explicable par l'atrésie de la lumière du méat. Les mucosités passent par

l'orifice postérieur, se dessèchent dans le pharynx, nécessitent, pour être expulsées, des appels violents de hemmage ; parfois les patients ont des mouvements spasmodiques d'expiration qui leur procurent une sensation de bien-être momentané.

La gêne respiratoire est d'autant plus accentuée que l'obstruction nasale est plus complète. Elle a pour conséquence l'établissement de la respiration buccale supplémentaire, surtout pendant la nuit. Le sommeil, au lieu d'être calme et paisible, est souvent agité, entrecoupé par des cauchemars, des sensations de gêne, d'étouffement. La sécheresse de la gorge fait son apparition, elle peut être telle que le malade soit obligé de se lever pour humecter sa gorge ou pour boire.

Lors d'une marche rapide, d'une ascension, l'obstruction nasale occasionne de l'essoufflement. Elle peut être le point de départ d'une série d'actes reflexes qui guérissent avec sa disparition (asthme d'origine nasale) (Schmigelow, Hack, Hergny, Lublinski, J. Sommerbrodt, F. Franck) ; fièvre des foins, emphysème pulmonaire, laryngite striduleuse (Coupard) ; spasmes de la glotte (Ruault). Elle est la cause efficiente de l'insuffisance de capacité respiratoire (Joal) (1) ; des déformations thoraciques expérimentalement observées par Ziem (2). En effet, cet auteur constata qu'en obstruant une narine chez le chien, on obtenait l'aplatissement de la face du même côté et la déviation sigmoïde de la colonne vertébrale. Redard (3) a remarqué que les diverses affections obstruant le nez sont une cause très fréquente de cyphose, de scoliose et de déformations thoraciques. Les scolioses d'origine nasale, écrit-il, sont, en général, dorsales à courbure longue, peu prononcées, fréquentes chez la femme, accompagnant des déformations thoraciques importantes, apparaissant et se développant surtout pendant l'adolescence, au moment de la période de croissance, à la suite d'une inflammation d'une certaine durée des muqueuses des voies respiratoires supérieures.

Le tube digestif lui-même n'échappe pas à l'action néfaste

(1) Joal. — Recherches spirométriques dans les affections nasales. *Rev. laryngol*, 1890.
(2) Ziem. — *Monatsch. f. Ohrenheilk*, 1888.
(3) Redard. — *Gazette de Paris*, mars 1890.

de cette obstruction (*alimentation difficile des nourrissons, mastication bruyante, dilatation de l'estomac*, voir thèse de *Sourdrille*, 1887 ; *Audat*, 1898 ; *Landolt*, 1902, travaux de Chabory, 1896 ; Gaston, Aviragnet, 1899).

A côté de ces manifestations, nous observons des signes dits extérieurs qui n'en sont pas moins appréciables.

Le front est relativement bosselé et fuyant, les bosses occipitales aplaties, la face, vue de profil, paraît développée exagérément, le nez est très proéminent, resserré, très mince, effilé, fortement développé et busqué, la fente des narines est très étroite, parfois même les ailes du nez semblent-elles s'accoler à la cloison, tant la fente des narines est étroite.

Le diamètre bi-malaire est très rapproché, inférieur au diamètre normal, la voûte palatine fortement en ogive, les dents ont une insertion vicieuse, la distance des angles internes des yeux de beaucoup plus rapprochée que normalement.

La bouche entr'ouverte permet la respiration supplémentaire, bruyante. Il y a du prognathisme inférieur donnant au malade un peu de la conformation du bull-dog (Castex-Malherbe). La lèvre supérieure est mal développée, en accent circonflexe, tandis que celle inférieure est grosse et pendante.

Les oreilles, en général mal conformées, peuvent être le siège de lésions secondaires diverses. Leurs troubles arrivent en premier lieu, même si on ne veut pas faire entrer en ligne de compte ceux dus aux maladies infectieuses, aux traumatismes, on peut avancer que 95 °/₀ des affections aiguës ou chroniques de l'oreille sont dues à des altérations aiguës ou chroniques du nez ou du pharynx.

Le thorax est déprimé latéralement, parfois le sternum paraît saillant, comme dans les cas constatés d'insuffisance respiratoire. On constate, en un mot, tous les signes d'arrêt de développement du squelette que Ziem [1] et Delavan [2] ont obtenus expérimentalement par l'occlusion des voies aériennes supérieures chez les animaux.

L'examen objectif est souvent pénible ; l'introduction dans

(1) Ziem. — *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1890.
(2) Br. Delavan. — *Th. journ. of the americ. scien.*, 8 mars 1890.

les narines et surtout l'écartement des valves du speculum sont parfois sinon impossibles du moins très limités.

L'orifice narinaire très étroit présente l'aspect d'une fente. S'il arrive que la rhinoscopie antérieure ne permette de constater rien d'anormal, souvent, au contraire, on rencontre un rapprochement si complet de la cloison et des cornets (la première ne présentant aucune anomalie), que les méats inférieurs et moyens sont virtuels et l'acte respiratoire sinon impossible, du moins très difficile. Cette atrésie peut intéresser tout ou partie des narines.

L'examen de l'oro-pharynx, la rhinoscopie postérieure nous fourniront aussi d'intéressants renseignements. Ils nous révèleront le degré de perméabilité de la partie postérieure des fosses nasales, l'absence ou la présence de lésions concomittantes (queues de cornets, végétations adénoïdes, protubérance des vertèbres, atrésie pharyngée, tumeurs du naso-pharynx). Cet examen, même secondé par l'emploi des releveurs, n'est pas toujours possible. L'examen digital ne saurait y suppléer, il fournit des renseignements trop vagues.

Recherchera-t-on les anomalies qui peuvent exister au niveau de l'isthme du pharynx que l'on voit les piliers antérieurs très rapprochés de la ligne médiane, ceux postérieurs comme accolés à la paroi pharyngée et plus rapprochés encore de cette même ligne médiane, enfin le voile du palais est retiré en haut, comme soudé à la paroi postérieure du pharynx.

Il est évident que la voix dont le timbre se modifie en partie dans le masque perd de ses qualités et devient nasonnée.

Bref, nous retrouvons reproduite, dans toutes les affections ayant pour origine l'obstruction nasale, une même symptomatologie et des troubles sensiblement les mêmes ([1]).

Le traitement de ces atrésies intra-nasales (Kaiser) variera donc selon la cause.

Quant à nous, en ce qui concerne l'atrésie des narines par resserrement des parois externes, la microrhinie, en un mot, nous croyons qu'il doit être chirurgical ([2]).

([1]) Courtade. — *Arch. intern. d'ot. rh. lar.*, 1903, t. XVI.
([2]) Lermoyez. — *Thérap. des mal. des foss. nasales*, p. 266, t. I.

Loin de nous l'idée d'une opération par trop mutilante ou dangereuse. La conchotomie du cornet inférieur nous a donné les meilleurs résultats et nous partageons d'ailleurs, en ce qui concerne cet organe, les idées que H. Cordes(1), de Berlin, émettait, en 1900, au sujet du cornet moyen. « La résection partielle ou totale du cornet moyen, écrivait-il, est une opération très souvent indiquée et sans conséquences fâcheuses. » J'ai, pour ma part, reséqué fréquemment ce cornet sans le moindre ennui ; j'ai également opéré de même façon sur le cornet inférieur, avec le même succès.

Manière opératoire. — Après anesthésie préalable avec la solution suivante :

Stovaïne.	1 gr.
Chl. adrénaline à 1/1000e. . . .	2 gr.
Eau distillée	10 gr.

abrasion du bord libre du cornet inférieur à la pince de Laurens sur une étendue latérale d'autant plus grande que le resserrement du nez est plus accentué, et qu'il se prolonge plus loin, d'avant en arrière. A l'extrémité postérieure, il n'est pas rare de rencontrer une petite queue de cornet : abrasion de celle-ci indifféremment à l'anse chaude ou à l'anse froide. Si les deux narines sont obstruées, ce qui est le cas le plus fréquent, l'intervention pourra être faite des deux côtés dans la même séance.

L'hémorrhagie opératoire est à peu près nulle, elle pourrait manquer complètement avec l'emploi d'une dose plus élevée d'adrénaline. Mais, en raison des accidents immédiats auxquels peut donner lieu ce produit et de l'hémorrhagie secondaire possible, nous préférons l'employer à dose faible.

Pansement au Penghawar stérilisé introduit dans le nez sans l'y comprimer. Léger suintement sanguinolent pendant quelques heures, mal à la tête consécutif à la gêne respiratoire. Température 38 à 38,5. Sommeil agité, sécheresse de la bouche et de la langue. Impossibilité de déglutir les aliments solides. Alimentation froide liquide ou demi-liquide.

(1) H. Cordes. — *Arch. f. laryng. und rhinol.*, vol. XI, fasc. 2, 1900.

Après 24 heures, le pensement peut être changé et fait plus légèrement. Si son ablation n'entraîne pas d'hémorrhagie et que le malade soit docile, l'enlever complètement. Il faut, dans ce cas, s'efforcer de ne point laisser en contact avec la plaie, des poils de penghawar, dont la présence pourrait donner lieu aux néoformations signalées sous le nom de tumeurs à Penghawar.

Insufflation de poudre d'aristol sur la plaie.

Le malade, dès lors, reniflera plusieurs fois par jour une pommade antiseptique à base de résorcine, aristol, iodol, thymol, salol, etc., etc. Il sera soigneusement revu tous les 4 ou 5 jours et, si dans la suite une adhérence semblait vouloir se faire entre la cloison et le cornet, elle sera rompue au stylet. Nous avons observé un cas d'adhérence récidivant, nous en rapportons l'observation. Elle est suivie de la relation des résultats obtenus dans quelques cas traités par cette méthode.

OBSERVATION I. — Mlle M. J., 22 ans, Rieumes (Hte-Garonne), vient nous trouver à cause d'une gêne respiratoire nasale et de raclements de la gorge.

A l'interrogatoire, nous apprenons qu'elle a souvent du coryza. Elle rêve et ronfle la nuit. Le matin, au réveil, gorge sèche, pâteuse.

Rhinoscopie antérieure. — Fente nasale très étroite, ailes du nez presque appliquées contre la cloison.

L'introduction du spéculum nasi est d'autant difficile que la malade est très timorée. Cornet inférieur aplati, au contact de la cloison à droite. Queue de cornet. Le méat gauche, quoique obstrué, est un peu plus libre. Muqueuse congestionnée avec rougeur diffuse.

Rhinoscopie postérieure. — Atrésie des choanes dans leur diamètre transversal, mucosités du pharynx, rougeur au niveau du bourrelet tubaire.

TRAITEMENT. — Anesthésie à la cocaïne. Conchotomie inférieure double à la pince de Laurens. Hémorrhagie moyenne. Pansement au Penghawar stérilisé, enlevé 48 heures après, petite hémorrhagie, pansement léger que la malade expulse en se mouchant le deuxième jour. Revue 8 jours plus tard, la

narine gauche se cicatrise parfaitement, la droite, au contraire, fait une adhérence. Nous rompons cette dernière, et malgré une surveillance attentive, 1 mois 1/2 plus tard nous en constatons une nouvelle. Ablation à la pince. Même traitement.

Malgré nos conseils, cette patiente indocile se présente à des dates très éloignées, toujours porteuse d'adhérences. Nous la débarrassons enfin définitivement après 8 mois de labeur.

OBSERVATION II. — J. L., 10 ans, est accompagné à notre consultation parce qu'il tient la bouche ouverte.

Facies adénoïdien, ronflements nocturnes, prognathisme supérieur, dentition à insertion vicieuse, voûte ogivale, thorax étroit, teint pâle.

Rhinoscopie antérieure. — Atrésie des fosses nasales, cornets inférieurs presque au contact de la cloison.

Légère retraction de la muqueuse après cocaïnisation, insuffisante toutefois pour permettre la respiration nasale seule.

Rhinoscopie postérieure. — Très petite queue de cornet, atrésie des choanes, bord convexe du cornet inférieur très rapproché de la cloison. Pas de végétations.

TRAITEMENT. — Anesthésie à la stovaïne. Conchotomie inférieure double, légère hémorrhagie. Pansement au penghawar, enlevé après 48 heures. Surveillance pendant douze jours. Guérison. Revue trois mois plus tard.

Respiration absolument libre, facies meilleur, développement considérable, amélioration des déformations thoraciques. Gymnastique respiratoire.

OBSERVATION III. — P. M., 25 ans, maréchal-ferrant, se plaint de dypsnée nasale, de maux de tête assez fréquents, de sécheresse de la gorge, surtout nocturne.

Rhinoscopie antérieure. — Muqueuse rouge, légèrement œdémateuse, petit éperon à droite, contre lequel s'applique le cornet inférieur, fente respiratoire très étroite. Tête du cornet moyen légèrement hypertrophiée.

A gauche, le bord libre du cornet inférieur est distant de 1 millimètre environ de la cloison.

Rhinoscopie postérieure. — Cavum recouvert de mucosités jaunâtres qui s'échappent des choanes ; pas de queues de cornet, pas de végétations adénoïdes. Légère pharyngite hypertrophique.

Traitement. — Anesthésie à la cocaïne, résection des cornets inférieurs, sur toute leur étendue, à la pince de Laurens. Hémorrhagie insignifiante. Pansement au penghawar stérilisé, enlevé 36 heures après. Guérison très rapide de la plaie. Amélioration très sensible de l'état général.

Observation iv. — G. S..., 18 ans, accuse une audition défectueuse et des bourdonnements d'oreille. Il se plaint encore de respirer par la bouche.

Aspect d'un adénoïdien : nez fin, allongé, étroit, pommettes peu saillantes, front fuyant, maxillaire supérieur peu développé, dents mal implantées.

Rhinoscopie antérieure. — Microrhinie sur les 2/3 des cornets inférieurs, éperon de la cloison dans la moitié postérieure.

Rhinoscopie postérieure. — Hypertrophie du tissu lymphoïde du pourtour de l'orifice de la trompe, de l'extrémité des cornets inférieurs. Pharyngite catarrhale chronique.

Traitement. — Conchotomie double. Même traitement consécutif que précédemment. Même résultat. Revu 1 mois plus tard, l'aspect du cavum est complètement modifié, l'hypertrophie circum-tubaire a regressé ; le malade respire bien, entend mieux et n'a plus de bourdonnements.

Observation v. — Mlle J. L., 11 ans, nous est accompagnée parce que son médecin habituel a constaté une déviation de la colonne vertébrale au début. Cette malade avait été opérée six ans auparavant, de végétations adénoïdes et d'amygdales hypertrophiques. Elle ronfle la nuit, a du cauchemar et de fréquents et très pénibles rhumes de cerveau. Son thorax est peu développé et sa colonne vertébrale légèrement déviée à gauche. Dents à insertion vicieuse.

Rhinoscopie antérieure. — Atrésie totale des deux fosses nasales, dyspnée respiratoire considérable.

Rhinoscopie postérieure. — Ni les amygdales, ni les végétations n'ont de récidive. Rétrécissement des choanes.

Traitement. — Conchotomie double sous bromure d'éthyle. Hémorrhagie abondante. Pansement au penghawar, enlevé après 48 heures. La respiration, après exercices, s'améliore rapidement et redevient normale un mois après. La gymnastique suédoise a vite raison de la scoliose.

Il nous serait possible d'augmenter considérablement le nombre de nos observations. Nous rapportons seulement quelques-unes de celles qui nous paraissent le plus intéressantes.

Nous conclurons de cette étude :

1° Que la conchotomie pratiquée en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie, est une opération sans danger ;

2° Que pour être d'une exécution délicate, elle peut n'en être pas moins rapidement exécutée ;

3° Qu'il est préférable de n'utiliser que l'anesthésie locale à la stovaïne ou à la cocaïne ;

4° Que l'usage d'une solution d'adrénaline peut entraîner consécutivement une hémorrhagie considérable, comme d'ailleurs, l'emploi du bromure d'éthyle ;

5° Que les pansements pourront être faits soit avec des gazes stérilisées, soit avec du penghawar également stérilisé. Que si ce dernier gêne moins et peut être plus facilement enlevé, il présente l'inconvénient de pouvoir provoquer des néoformations ;

6° Que chaque fois qu'il y a dypsnée nasale prononcée, avec troubles du pharynx et de l'état général, il y a lieu de rétablir la perméabilité nasale ;

7° Que seule la conchotomie, en détruisant les cornets hypertrophiés ou trop rapprochés de la cloison, peut donner ce résultat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Lisbonne, 19-26 avril 1906.)

Séance du 20 avril.

COMMUNICATIONS

SAINT-CLAIR THOMSON (Londres). — **Trois cas de sinusite fronto-ethmoïdale avec évacuation spontanée à travers la région fronto-orbitaire.** — Les cas de suppuration chronique des cavités fronto-ethmoïdales s'évacuant par le nez sont couramment observés par le rhinologiste. Mais les cas où le pus se fraye une voie à travers les os de la face au lieu d'employer les orifices naturels sont beaucoup plus rares. Le fait tiendrait peut-être à ce que certains de ces cas sont traités par des chirurgiens (non spécialistes) et que d'autres sont primitivement constatés par des ophtalmologistes.

J'ai eu l'occasion dernièrement de traiter trois malades, chez lesquels le pus, après avoir traversé la paroi osseuse, se fit jour sous forme d'abcès de la face. Pour chacun d'eux l'évolution fut différente et mérite d'être rapportée, car elle peut servir à compléter les connaissances que nous avons sur les suppurations des cavités nasales accessoires.

Ces cas semblent permettre une comparaison avec ce que nous savons de la marche du pus dans les cavités mastoïdiennes :

Dans le premier cas, une simple incision de l'abcès facial amena la guérison, résultat comparable à celui obtenu par l'incision de Wilde dans les abcès sous-périostés de la mastoïde ;

Dans le deuxième cas, l'abcès de la face fut incisé, mais, de plus, le sinus frontal fut ouvert et drainé : les conditions, le traitement et le résultat ont été les mêmes que pour l'abcès rétro-auriculaire d'origine mastoïdienne avec ouverture et drainage de l'antre mastoïdien, mais sans atteindre la cavité tympanique ;

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'une infection chro-

nique avec exacerbation, dont l'évolution a été comparable à celle de ces otorrhées chroniques, ayant pour point de départ l'antre otique, qui nécessitent une opération rétro-auriculaire complète.

Suivant notre remarque, ces cas de suppuration fronto-ethmoïdale pointant vers la superficie, sont comparables aux abcès mastoïdiens rétro-auriculaires. Ils montrent que, si l'infection est récente, l'incision précoce (cas n° 1), ou l'incision suivie de drainage du sinus (cas n° 2) suffit pour obtenir la guérison ; mais que si cette suppuration est ancienne, et que l'abcès, pointant vers la superficie, soit le résultat d'une rétention purulente ou d'une infection nouvelle (cas n° 3), une opération radicale est indiquée.

L'utilité de la diaphanoscopie a été manifeste pour le cas n° 1, la lésion étant unilatérale, la différence de transparence entre les deux côtés était très nette. Ce même cas nous a permis de constater le retour de la complète transparence, observée après la guérison d'une sinusite aiguë (et récente).

Si les sinus sont atteints bilatéralement, la diaphanoscopie est d'un moindre secours.

L'absence de température, le manque de réaction générale doivent être remarqués, car ils pourraient faire différer une intervention nécessaire et favoriser ainsi l'établissement d'un empyème chronique ou l'extension à un sinus voisin.

La découverte du micrococcus catarrhalis (cas n° 2), est intéressante, car il s'agissait d'un malade vivant au milieu de malades atteints de rhume (coryza) et d'amygdalite.

Le sinus frontal est rarement visible avant la septième ou la huitième année, il ne se développe entièrement qu'au moment de la puberté ; aussi la jeunesse d'un de nos malades mérite-t-elle d'être signalée.

La sinusite frontale chez un malade de 11 ans n'avait jamais été observée par moi jusqu'ici.

M. Grossmann (Vienne). — Je ne voudrais ajouter à l'intéressante communication de Thomson que quelques mots touchant le diagnostic et le traitement des sinusites fronto-faciales suppurées. Au point de vue du diagnostic, je crois pouvoir, m'appuyant sur une expérience vieille de trois ou quatre années déjà, conclure que la radiographie est susceptible de nous fournir des données incomparablement plus sûres et précises que la diaphanoscopie. Celle-ci ne nous procure que des renseignements vagues sur lesquels il est impossible de baser un diagnostic ferme. La radioscopie et la radiographie sont particulièrement démonstratives pour les suppurations du sinus maxillaire où leur emploi ne se

heurte d'ailleurs à aucune difficulté sérieuse ; il est à espérer que les perfectionnements de la technique nous permettront bientôt de les utiliser avec autant de succès dans le diagnostic des suppurations des autres cavités accessoires du massif facial.

En ce qui concerne la thérapeutique, je me permettrai d'attirer de nouveau l'attention sur une méthode inaugurée à Vienne, par le Prof. Moosetig, pour le traitement de la carie des os longs, méthode qu'il a dénommée lui-même « plombage des os ». Dans la cure des sinusites maxillaires, on l'emploie de la façon suivante : le sinus est largement ouvert au niveau de la fosse canine, soigneusement cureté, désinfecté avec une solution antiseptique, puis asséché ; on y coule alors une émulsion très fluide et rapidement composée essentiellement d'iodoforme et portée à une température de 40° Réaumur : quand la cavité sinusienne est complètement remplie de cette émulsion on suture hermétiquement la plaie cutanée par-dessus. Employé suivant les règles, le plombage du sinus maxillaire donne en quelques jours une guérison complète et définitive.

M. Grossmann. — **Cancer du larynx extirpé et resté sans récidive depuis 2 ans, grâce à la radiothérapie.** — Je vous présente un malade, âgé de 67 ans et demi que j'ai opéré, voici plus de deux ans, d'un cancer de la corde vocale droite et que j'ai pu préserver jusqu'ici de toute récidive grâce à des applications successives des rayons X...

A. G. Tapia (Madrid). — **Un nouveau syndrome : quelques cas d'hémiplégie du larynx et de la langue, avec ou sans paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze.** — Jusqu'à ce jour on a décrit différents syndromes dont l'hémiplégie du larynx, du voile du palais (pharynx) et celle de la langue constituent les éléments essentiels ; comme éléments accessoires peuvent venir se surajouter la paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et celle du trapèze du même côté.

Le syndrome le plus fréquent — hémiparalysie du larynx associée à l'hémiparalysie du voile du palais — porte le nom de *syndrome d'Avellis*, c'est-à-dire de l'auteur qui l'a le plus minutieusement étudié. Lorsqu'à l'hémiplégie du larynx et du voile s'ajoute l'hémiplégie de la langue, le syndrome prend le nom de *syndrome de Jackson*. Il devient enfin le *syndrome de Schmidt* lorsqu'aux paralysies susdites vient se joindre celle du sterno-

cléido-mastoïdien et du trapèze (muscles innervés tous deux par la branche externe du spinal).

Je ne veux pas abuser de votre attention en vous énumérant les cas, publiés jusqu'à ce jour, concernant chacun de ces syndromes ni le siège des lésions constatées dans ces cas; l'étude en a été faite par des maîtres illustres, Lermoyez, Poli et autres, et je ne veux pas insister.

Je vais seulement vous exposer quelques cas dont la caractéristique est l'association de l'hémiplégie du larynx et de la langue sans hémiplégie du voile palatin. Dans ces cas peut aussi exister ou non la paralysie des muscles de l'épaule.

Nous verrons ensuite si cette nouvelle forme mérite de constituer un nouveau syndrome.

OBSERVATION A. — *Résumée* (1). — Un jeune toréador, en plaçant des « banderillas », fut atteint par le taureau, qui lui fit avec la corne une petite blessure dans la partie latérale droite du cou. Actuellement, existe une cicatrice de 2 centimètres, située immédiatement en arrière de l'angle du maxillaire inférieur.

SYMPTÔMES. — *Sphère de l'hypoglosse.* — Si nous faisons tirer la langue à ce malade, nous voyons qu'elle est déviée vers la droite; la pointe regarde du côté de la lésion, tandis que, dans la bouche, elle regarde du côté sain. Ceci est parfaitement explicable par l'action des génioglosses.

La moitié droite de la langue est atrophiée. Nous n'avons pu y découvrir les fuliginosités dont parlent les auteurs. Il existait un tremblement très marqué; l'excitation électrique du nerf lingual exagérait tellement le tremblement qu'il semblait que la langue se mouvait en totalité (action pseudo-motrice de Heidenhain).

L'os hyoïde est très enfoncé, surtout du côté droit, et, au contraire, le cartilage thyroïde est très saillant; peut-être ceci est-il dû à la paralysie du muscle thyro-hyoïdien, innervé, comme on sait, par l'hypoglosse.

Les muscles infrahyoïdiens sont normaux, parce que, quoique leur innervation dépende des filets nés au niveau de l'anse de l'hypoglosse, il faut tenir compte de ce que, dans la constitution de la dite anse, interviennent des filets issus des deuxième et troisième paires cervicales.

La mastication, la déglutition et l'articulation de la parole s'effectuent aujourd'hui assez bien; mais, en y portant beaucoup

(1) TAPIA. — Voir *La presse oto-laryngologique belge*, février 1905.

d'attention, on remarque une certaine incorrection dans la prononciation des linguales.

Il est peut-être bon d'insister sur la netteté avec laquelle ce malade affirme que, depuis le moment de l'accident, il ne peut avaler les aliments qu'à la condition de les placer sur la moitié gauche de la langue, fait qui démontre l'action de cet organe dans le premier acte de la déglutition.

De tout ce qui précède on est en droit de conclure que l'hypoglosse droit a été sectionné.

Sphère du vago-spinal. — Par l'examen laryngoscopique, nous pûmes observer la paralysie complète du côté droit ; la corde de ce côté était rectiligne et immobile en position intermédiaire à celle d'inspiration profonde et de phonation, la corde gauche dépassait la ligne médiane, mais n'arrivait pas à rejoindre sa congénère.

La mobilité du voile est intacte ; on ne peut y trouver aucune trace de paralysie. Il n'y a pas d'hémianesthésie laryngée. Ce malade eut de la tachycardie.

Je ne dois pas m'arrêter davantage sur ce cas ; il suffit de dire que le pneumogastrique était sectionné au-dessous du pharyngé supérieur (ce qui explique la normalité du voile) et, en même temps, l'hypoglosse.

Sphère du spinal. — Paralysie, atrophie et réaction de dégénérescence du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze. La corne sectionna aussi le nerf accessoire de Willis.

En résumé, ce malade présentait :

Une hémiplégie du larynx ; une hémiplégie de la langue ; une paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze du même côté.

OBSERVATION B. — *Résumée* (1). — Il s'agit d'un homme de 29 ans, qui porte une cicatrice sur la partie latérale gauche du cou, un peu au dessous de l'angle de la mâchoire : c'est l'effet d'un traumatisme chirurgical ayant nécessité la section du pneumogastrique, de l'hypoglosse et du grand sympathique. Cette opération a été pratiquée par Reclus, pour l'ablation d'un épithéliome branchial, peu volumineux, du cou.

La section du pneumogastrique a produit la raucité de la voix ; la corde vocale gauche est immobile et plus éloignée de la ligne médiane qu'à l'état normal, lorsque le malade cherche à émettre un son.

(1) DEBOVE. — « Sections multiples des nerfs crâniens. » *La Presse médicale*, 4 février 1903.

La section de l'hypoglosse a produit l'hémiparalysie et l'hémiatrophie du même côté de la langue.

Il y a, en plus, des phénomènes légers sous la dépendance du grand sympathique. Pas de paralysie du voile. Pas de paralysie du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze.

En résumé, ce malade présentait une hémiplégie du larynx ; une hémiplégie de la langue.

OBSERVATION C. — *Résumée, inédite.* — Elle concerne un malade de 48 ans qui présentait, à la limite inférieure de la région parotidienne droite, une tumeur dure, de la grosseur d'une mandarine, indolente et peu mobile. La circulation supplémentaire des veines superficielles du cou était très développée. Malgré que la voix et la respiration s'accomplissaient normalement, je fis systématiquement l'exploration du larynx (suivant mon habitude dans tous les cas de néoplasmes du cou). Je trouvai la corde vocale droite paralysée en position moyenne, ce qui démontrait, d'après la loi de Semon, que la lésion nerveuse était incomplète : cette même situation phonatoire de la corde démontrait la non altération de la voix.

La sensibilité du larynx, ainsi que la mobilité du voile et des muscles de l'épaule, étaient intactes.

On n'observait aucune déviation de la langue, lorsque le malade la tirait hors de la bouche ; mais, si on lui disait de la diriger vers le côté sain, il se trouvait dans l'impossibilité de le faire. Pas d'atrophie.

Ce malade, qui refusa l'opération, constitue un cas très intéressant, puisque l'on a pu suivre pas à pas la marche de la lésion qui est arrivée à produire la destruction nerveuse complète et, comme conséquence, la position intermédiaire de la corde et l'hémiplégie évidente de la langue. Le malade est mort. Pas d'autopsie. En résumé, chez ce malade, il y avait hémiplégie du larynx ; hémiplégie de la langue.

OBSERVATION D. — *Résumée, inédite.* — Le cas que je vais exposer est celui d'un autre toréador célèbre qui reçut un coup de corne au niveau de la partie latérale droite du cou sur une étendue de 10 centimètres.

Lorsqu'il fut transporté à l'infirmerie du cirque il ne pouvait ni avaler, ni parler, et il étouffait. Il y avait un gros hématome du cou qui, sans doute, comprimait le larynx. Les premiers soins donnés, l'hématome vidé et quelques vaisseaux liés (artère thyrohyoïdienne supérieure), le malade respira plus facilement, mais

il conserva une grande difficulté pour la déglutition et un grand enrouement, presqué de l'aphonie.

L'examen, fait alors par le Dr A. Bravo (à la complaisance duquel je dois ces renseignements) lui démontra une hémiparalysie de la langue, mais il ne trouva pas de paralysie du voile, ni du sterno-mastoïdien et du trapèze.

La déglutition fut rétablie en trois jours, mais les troubles de la voix et de la parole pour les linguales persistèrent.

Dans ces conditions, un mois après l'accident, je procédai à un examen rapide, et trouvai ce qui suit :

Mobilité du voile et du pharynx intacte ; il faut supposer que la difficulté de la déglutition, qui dura seulement trois jours, était due à une cause mécanique (hématome) ou inflammatoire ;

Voix enrouée, bitonale ; le malade déclare que la voix est très améliorée et cela se comprend par l'influence exercée par la corde saine ; sensibilité laryngée normale ; corde droite rectiligne et immobile en position intermédiaire.

Hémiplégie et légère atrophie du même côté de la langue.

Chez ce malade, l'hypoglosse fut, sans doute, sectionné, et cela explique les troubles linguaux. Mais, quel est le siège de la lésion nerveuse qui motiva l'hémiparalysie du larynx ? Il n'y a pas lieu de supposer que le pneumogastrique fut atteint parce qu'il manquait d'autres symptômes qui accompagnent presque toujours sa section. Il faut tenir compte de ce que la destruction lente du pneumogastrique, produite par des tumeurs, par exemple, est très peu grave ; et, quoique la section brusque de ce nerf à l'état de santé ne produise pas souvent d'accidents graves immédiats (voir le cas de l'observation A) cela n'est pas fréquent. D'ailleurs, il est très difficile de blesser le pneumogastrique dans la région carotidienne sans sectionner en même temps la carotide ou la jugulaire interne. Puisque la corne pénétra de bas en haut et très près du larynx, je crois qu'elle blessa le nerf récurrent près de son entrée dans cet organe.

La pénétration de la corne à proximité du larynx et du pharynx nous explique la difficulté respiratoire du premier moment, causée par l'hématome et, en même temps, la dysphagie qui cessa dans le bref délai de trois jours.

En résumé, les symptômes essentiels de ce malade étaient une hémiplégie du larynx ; une hémiplégie de la langue.

OBSERVATION E.

OBSERVATION F.

OBSERVATION G.

Ces 3 cas, cités par Poli, présentaient tous une hémiplégie du larynx et une hémiplégie de la langue. Dans le cas E (Schiffers), la cause reste inconnue. Le cas F (Leudet) paraît dû à une infection celtique. Le cas G (Hirt) fut précédé d'une attaque d'apoplexie.

En réalité, dans ces 3 cas, quoique le résultat final ait été l'hémiplégie glosso-laryngée ; le mécanisme, surtout dans le cas de Hirt, n'est pas exactement celui des observations que j'ai recueillies (lésion périphérique).

Je ne connais pas d'autres cas de cette combinaison symptomatique ; cependant, j'incline à croire que ce ne sont pas les seuls, puisque, dans le cou, il y a une région que nous connaissons tous, où les traumatismes et les tumeurs peuvent occasionner la destruction des nerfs qui président à la mobilité du côté respectif du larynx et de la langue.

Maintenant, les cas que je viens de relater méritent-ils qu'on crée en leur faveur un nouveau syndrome ? Comme les combinaisons des symptômes qu'on peut observer dans la pratique sont innombrables, le nombre des syndromes qu'on pourrait décrire n'aurait pas de limites ; mais je crois que celui que j'ai l'honneur de proposer a une individualité justifiée par les observations exposées et parce qu'il s'adapte parfaitement au développement des syndromes étudiés jusqu'à ce jour.

En effet, en prenant comme point de repère l'hémiparalysie laryngée et en n'oubliant pas qu'à elle (cas de Erb, Martius, etc.), comme aux autres syndromes connus peut venir s'ajouter, à titre d'élément accessoire, la paralysie des muscles de l'épaule, on aura la série suivante :

Hémiplégie du larynx . . . . . — velo-palatine	Syndrome d'Avellis
Hémiplégie du larynx . . . . . — de la langue	Syndrome nouveau
Hémiplégie du larynx . . . . . — velo-palatine . . . . — de la langue	Syndrome de Jackson

Si aux groupements antérieurs on ajoute la paralysie des muscles de l'épaule, on aura les mêmes syndromes amplifiés avec ce nouvel élément.

Mais comme il est d'usage courant, de désigner sous le nom de syndrome de Schmidt celui d'Avellis amplifié par la participation de la branche externe du spinal, on doit conserver cette ancienne dénomination.

Je demande aux Congressistes si ce syndrome nouveau mérite d'occuper une modeste place à côté des syndromes d'Avellis, de Schmidt et de Jackson.

GROSSMANN (Vienne). — Je voudrais, à l'occasion de la communication de Tapia, faire ressortir une fois de plus la grande importance diagnostique de l'examen laryngoscopique en neuropathologie générale.

Je crois, par exemple, qu'il nous est fréquemment possible, le laryngoscope en main, de dépister le tabes à une période de son évolution où il ne se manifeste encore par aucun autre symptôme que par des troubles laryngés. Pour ma part, j'ai pu, à plusieurs reprises, diagnostiquer le tabes au début, alors que le médecin traitant n'avait pas le moindre soupçon de cette affection, en m'appuyant simplement sur le résultat d'un examen laryngoscopique qui m'avait révélé une paralysie des deux cordes vocales.

Dans l'hystérie également, au moins quand elle s'accompagne de manifestations laryngées, la laryngoscopie est susceptible de nous fournir des données intéressantes et certaines. Ces manifestations se présentent sous trois formes, tellement caractéristiques que, lorsque nous avons pu constater l'une quelconque d'entre elles, nous pouvons affirmer le diagnostic d'hystérie même alors que tous les autres stigmates de cette affection font défaut. Avant de décrire sommairement ces trois sortes de manifestations laryngées de l'hystérie, je crois devoir dire d'abord que ces manifestations sont toujours bilatérales et, d'autre part, que nous avons toujours affaire à une simple diminution de la fonction de certains muscles du larynx et jamais à une paralysie complète des cordes vocales.

Ceci dit, le trouble laryngé qu'on constate le plus fréquemment au laryngoscope, chez les hystériques, c'est un état de relâchement permanent, involontaire, de la glotte, qui fait que, même quand les sujets font tous leurs efforts pour émettre un son d'une tonalité élevée, la glotte reste béante, affectant la forme d'une fente elliptique. Cette variété de manifestation laryngée hystérique — qui d'ailleurs, soit dit en passant, cède facilement à l'hypnose et à la suggestion — semble être la conséquence d'un trouble existant dans les fonctions des muscles innervés par le nerf récurrent, en ce sens au moins, que ces muscles n'obéissent plus à l'action de la volonté.

A côté de cette forme de *raucité hystérique* qui est souvent très marquée, il en est une autre qui peut encore être plus accentuée et même aller jusqu'à l'*aphonie*. Dans cette deuxième forme nous

avons affaire à une hypermotilité des cordes vocales : au moment de la phonation, les cordes vocales non seulement viennent au contact l'une de l'autre, mais parfois elles se recouvrent, s'enjambent si l'on peut dire ; en même temps elles sont courtes, massives, informes ; la glotte respiratoire est béante. Ici, c'est un trouble fonctionnel plus ou moins profond du muscle cricothyroïdien qui doit être incriminé ; ce muscle devient incapable d'amener la tension des cordes vocales; par contre, celles-ci sont relâchées par l'action des muscles (Stimmbandmuskel).

La troisième variété de troubles laryngés qu'on rencontre dans l'hystérie est due à une hyperkinésie des adducteurs qui provoquent par moment un rétrécissement tel de la fente glottique que les malades paraissent en danger d'asphyxie. Dans cette variété, les altérations de la voix ne sont pas moins marquées que dans les deux formes précédentes, mais lorsque le sujet est plongé dans le sommeil il respire tout à fait librement, malgré l'adduction en apparence permanente de ses cordes vocales. C'est cette variété de troubles laryngés hystériques que nous appelons *aphonie spastique*.

Séance du 21 avril.

RAPPORT (1)

H. FREY et A. FUCHS (Vienne). — **Sur l'épilepsie réflexe d'origine nasale, auriculaire et pharyngienne.** — Cette question a été étudiée par nous à l'aide de trois ordres de documents : documents fournis par la littérature médicale, documents cliniques et documents expérimentaux résultant de nos propres travaux.

a) Les documents que nous avons trouvés dans la littérature ne sont pas, malgré leur nombre, d'une bien grande importance, car les observations concernant le sujet que nous traitons sont presque toutes très incomplètes. Quoi qu'il en soit, nous avons pu recueillir 42 cas d'épilepsie constatés au cours ou à la suite de maladies de l'oreille, 41 cas dans des maladies du nez, 5 cas dans des maladies du pharynx, 4 cas enfin dans des maladies portant à la fois sur plusieurs des organes précités.

(1) Ce rapport a été lu devant les deux sections de rhino-laryngologie et d'otologie réunies.

b) Nos documents cliniques personnels portent sur un chiffre de 112 cas d'épilepsie observés par nous à la clinique neurologique de Vienne : sur ce chiffre nous avons noté trente fois des lésions diverses de l'oreille, du nez et du pharynx. Ajoutons que, dans 4 de ces cas, une amélioration notable de l'épilepsie a pu être obtenue grâce à un traitement approprié, appliqué aux lésions en question.

c) Quant aux documents expérimentaux, les auteurs ont constaté que, chez des animaux opérés d'après la méthode Brown-Séquard, les corps étrangers introduits dans l'oreille, le nez et le pharynx, exercent le même effet spasmogène que les excitations extérieures du trijumeau.

La possibilité de l'épilepsie d'origine réflexe chez les animaux, la constatation d'une épilepsie d'origine auriculaire, nasale, pharyngienne, chez l'homme, permettent de supposer que cette dernière est probablement aussi d'origine réflexe. Du moins y a-t-il surtout probabilité qu'il en soit ainsi, chez les enfants chez qui le rôle du cortex cérébral n'a pas encore l'importance qu'il acquiert à un âge plus avancé.

Du reste, voici les conclusions de notre rapport :

1° Chez les enfants et aussi chez les adultes qui présentent une prédisposition à l'épilepsie ou qui sont atteints d'épilepsie confirmée (reconnaissant pour cause une affection cérébrale infantile, une intoxication chronique, un traumatisme crânien, etc.), il paraît probable que les maladies du nez, de l'oreille et du pharynx ainsi que les corps étrangers de ces organes peuvent être le point de départ de crises épileptiques, au même titre et peut-être plus facilement que d'autres excitations périphériques ;

2° Par un traitement approprié, on peut annihiler l'une ou toutes des causes provocatrices des crises ; mais si l'on s'en rapporte aux données recueillies dans la littérature, il ne faut pas compter sur l'efficacité de ce traitement au delà d'une période de quatre années;

3° Il ne peut donc pas être question de la « guérison » de l'épilepsie par un traitement de ce genre, car il est sans action aucune sur la cause essentielle, primordiale de l'épilepsie : nous ne pouvons qu'espérer, par la suppression de la lésion provocatrice des crises, produire une amélioration notable dans l'état du malade. en ramenant l'affection à l'état latent ;

4° Il est démontré par les statistiques que les maladies et les corps étrangers de l'oreille, du nez et du pharynx sont plus aptes à provoquer des convulsions chez des individus prédisposés à l'épilepsie que toutes autres excitations périphériques : la chose

est surtout vraie pour les enfants chez qui le cortex cérébral ne joue pas encore le rôle important qu'il aura plus tard ; elle l'est tout autant pour les individus atteints d'affections cérébrales qui ont annihilé plus ou moins notablement les fonctions du cortex ;

5° Tout ce qui vient d'être dit montre la nécessité de l'inspection de l'oreille, du nez et du pharynx dans tous les cas d'épilepsie et aussi la nécessité d'un traitement énergique des affections de ces organes qui pourraient être constatées.

Grossmann (Vienne). — Si nous voulons apprécier à leur juste valeur les résultats du traitement dans l'épilepsie réflexe d'origine nasale, il faut bien nous garder de raisonner suivant la formule, si souvent fausse : *post hoc, propter hoc*. Il n'est nullement douteux, pour moi, que chez un individu épileptique ou présentant ce que nous appelons une « prédisposition épileptique », toute irritation de ce cerveau anormal, qu'elle soit causée par un état fébrile, une gastropathie, une affection rénale quelconque, une excitation génitale, psychique, etc., ne puisse provoquer une crise d'épilepsie. Je crois de même que certains états pathologiques du nez sont susceptibles, en agissant par la voie du trijumeau, de provoquer des crises analogues. Aussi me paraît-il évident qu'en supprimant toutes ces sources d'irritation pour le cerveau, qu'elles siègent dans l'estomac, l'intestin, l'appareil génital ou dans le nez, on a toutes les chances, sinon toujours de supprimer, du moins d'atténuer et d'espacer les crises d'épilepsie. Mais ce serait une grande erreur — comme l'ont, d'ailleurs, fait ressortir les rapporteurs — de conclure de là que l'épilepsie a sa cause primordiale dans une lésion du nez ou de l'un quelconque des organes ou appareils que je viens de citer. En traitant la lésion nasale nous sommes loin d'avoir modifié l'état pathologique spécifique du cerveau : nous n'avons fait que supprimer une des nombreuses causes occasionnelles susceptibles de provoquer l'éclosion d'une crise.

Spira (Cracovie) rappelle la fréquence des troubles cérébraux d'origine réflexe chez les enfants, troubles qui peuvent s'observer à la suite des lésions les plus diverses des différents organes et appareils : tout le monde connaît, en particulier, les phénomènes de méningisme, les crises épileptiformes provoquées par les vers intestinaux. En ce qui concerne particulièrement les troubles nerveux réflexes d'origine auriculaire ou pharyngienne, Spira peut en rapporter au moins deux exemples personnels :

Le premier concerne un jeune enfant qui, depuis longtemps, présentait des accès de spasme laryngé auxquels on avait appliqué

en vain les médications les plus variées et qui guérit radicalement à la suite de l'ablation d'un simple bouchon de cérumen du conduit auditif.

Le second concerne un adulte qui présentait des troubles gastriques très accentués et rebelles (nausées, vomissements) causés par l'existence d'une ulcération du naso-pharynx ; ces troubles disparurent complètement après que la cicatrisation de l'ulcère eut été obtenue par des moyens appropriés.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — **Diagnostic et traitement des végétations adénoïdes.** — Quel que soit l'âge du malade atteint de végétations adénoïdes, qu'il s'agisse d'un enfant, d'un adolescent ou d'un adulte, l'affection abandonnée à elle-même devient fréquemment cause de troubles graves et variés : elle frappe l'enfant de déchéance et l'atteint aux sources même de la vie ; par les complications de voisinage elle rend difficile à l'adulte la vie sociale ; elle assombrit l'âge mûr par des infirmités précoces et irréparables. Il importe donc qu'elle soit diagnostiquée et traitée de bonne heure.

1° *Diagnostic.* — La présence de végétations adénoïdes se traduit dans un grand nombre de cas, surtout chez l'enfant, par des signes caractéristiques qui impriment à la physionomie le cachet spécial connu sous le nom de « facies adénoïdien » et qui permettent souvent, du premier coup d'œil jeté sur le malade, de faire préjuger du diagnostic. Si grande cependant que soit la valeur du diagnostic du « facies adénoïdien », le praticien n'est pas autorisé à en tirer des conclusions absolues, car en basant son diagnostic exclusivement sur les caractères du « facies », il risque de commettre une erreur. En effet, il y a des sujets où le « facies adénoïdien » est sous la dépendance de l'obstruction nasale et chez lesquels les tumeurs adénoïdes n'existent pas et. par contre, on voit souvent des sujets porteurs de quantité considérable de végétations adénoïdes où le facies adénoïdien fait défaut.

Les signes fournis par la rhinoscopie antérieure ne rendent que peu de services au point de vue du diagnostic direct des végétations, mais les renseignements qu'elle procure sont, cependant, d'une grande utilité pour le pronostic et le traitement ultérieur. La rhinoscopie postérieure constitue une méthode ingénieuse d'exploration du pharynx nasal et permet de se rendre compte *de visu* des productions pathologiques du cavum, mais ce procédé, déjà très difficile chez les adultes et les adolescents, devient presque impossible chez les jeunes enfants, non seulement à cause de leur

indocilité, mais aussi à cause du développement insuffisant de leur pharynx ne permettant pas l'introduction du miroir rhinoscopique.

Seul le toucher digital du pharynx nasal, l'exploration du cavum avec le doigt recourbé en crochet, est le mode d'investigation le plus sûr et le plus facile pour constater la présence des végétations adénoïdes. On peut dire de ce procédé qu'il représente la dernière instance, la cour suprême du diagnostic, ses jugements sont sans appel. Cependant c'est faire acte d'humanité et de bonne chirurgie que de se passer de l'examen digital quand l'enfant est trop délicat ou trop pusillanime et se contentant alors des autres signes de présomption, finir le diagnostic avec la curette en disant au petit malade qu'on va seulement mesurer sa gorge.

Le diagnostic différentiel entre les diverses affections du pharynx nasal et les végétations adénoïdes ne présente, généralement, aucune difficulté, si l'on tient compte de l'*ensemble* des symptômes fonctionnels et physiques de cette dernière affection, et lorsqu'on est familiarisé avec la rhinoscopie antérieure et postérieure et l'exploration digitale.

2° *Traitement.* — Le traitement médical est sans aucune valeur et ne doit être employé que comme traitement d'attente, quand des circonstances de force majeure l'imposent. Par le temps qu'il fait perdre sans profit pour le malade et par les troubles qu'il laisse installer, il peut devenir dangereux. Par contre, associé au traitement chirurgical, il peut rendre de grands services et aider puissamment à la guérison et au rétablissement complet du malade.

La seule conduite vraiment rationnelle que le médecin doit tenir lorsqu'il se trouve en présence d'une cavité naso-pharyngienne remplie des végétations adénoïdes, c'est de procéder le plus tôt possible à leur ablation par une intervention chirurgicale.

L'ablation des végétations adénoïdes doit, autant que possible, être achevée en une seule séance. Les prises isolées fatiguent et démoralisent le malade qui, après une ou deux séances, par crainte de douleur, se refuse même à un simple examen.

L'ablation des végétations adénoïdes étant une intervention banale peu douloureuse, rapidement et facilement faisable à l'état de veille, l'anesthésie générale dans cette opération doit être considérée comme une pratique injustifiée et dangereuse. Ceux qui pensent autrement, en s'appuyant de très bonne foi sur des raisons plus ou moins soutenables, devraient toujours se rappeler que l'anesthésie n'est autre chose qu'un empoisonnement limité,

premier stade de l'empoisonnement général ; *que la dose mortelle peut être éloignée de la dose utile, mais que très souvent, elle peut être proche : que parfois le chemin côtoie le précipice* (Dastre) et que, comme l'a dit Verneuil, *chaque fois que, le chirurgien s'approche d'un malade, la compresse anesthésique à la main, il fait naître pour lui des chances de mort.*

En ce qui concerne le choix du procédé opératoire, nous pensons qu'il faut toujours avoir en vue, avant tout, l'intérêt du malade et, bien que pour la majorité des spécialistes l'instrument de choix pour le moment soit le couteau de Schmidt, bien que pour nous la méthode de choix doit être la méthode mixte (emploi simultané de pinces et de couteaux) que nous employons et conseillons depuis de longues années, on doit se familiariser avec les diverses méthodes, car presque toutes peuvent, le cas échéant, trouver exceptionnellement leurs indications.

La *récidive vraie* des végétations adénoïdes ne se produit jamais, ou du moins tout à fait exceptionnellement, lorsque, après une opération habilement effectuée, on s'est assuré par une exploration digitale minutieuse du cavum qu'il ne restait plus de trace de tissu adénoïde.

TAPTAS (Constantinople). — Je suis parfaitement de l'avis de notre confrère quand il déclare qu'il faut, le plus possible, éviter d'endormir les malades et que l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales peut, la plupart du temps, être faite sans narcose. Mais je dois ajouter qu'en pratique on est obligé d'endormir souvent les malades pour deux raisons, savoir : 1° parce qu'on a souvent affaire à des sujets déjà d'un certain âge et nerveux qui ne se laissent pas facilement approcher à l'état de veille ; 2° parce que, même quand on a affaire à un jeune enfant, la famille exige qu'il soit endormi pour lui éviter toute souffrance.

Aussi, pour ces deux raisons, ai-je toujours endormi mes malades et, dans ce but, je me suis toujours servi exclusivement du brométhyle pur non mitigé. Je n'ai jamais eu d'accident et j'attribue ce résultat à la technique que j'emploie. Je ne fais qu'une narcose toute superficielle, le malade étant immobilisé par un infirmier ou un domestique, s'il est très jeune, ou sur une chaise d'opération s'il est trop âgé pour être maintenu par un homme. Cette chaise offre comme particularité de fixer les pieds du patient dans l'immobilisation la plus complète au-dessous du siège, au moyen d'une barre transversale qui peut monter et descendre à travers une fente établie dans les deux pieds de devant de la chaise. De cette manière, les pieds du malade étant fixés, avec les

jambes fléchies, sous le siège de la chaise, le malade ne peut pas prendre de point d'appui par terre ou sur les barreaux de la chaise et il est ainsi obligé à l'immobilité complète.

A. G. Tapia (Madrid). — **Un cas de syphilis trachéale ; trachéoscopie ; myosite aiguë consécutive des masseters ; guérison.** — La nouvelle méthode de trachéo-bronchoscopie s'étend rapidement grâce à l'infatigable propagande d'une brillante pléiade de médecins illustres, à la tête desquels marche le maître Killian. Je ne ferais pas cette communication si elle ne devait pas avoir d'autre but que confirmer la valeur diagnostique de la trachéoscopie, de tous bien connue ; mais le cas qui la motive me semble intéressant parce qu'il a présenté une complication exceptionnelle, tellement exceptionnelle qu'elle n'est signalée nulle part et que je ne l'ai jamais observée dans les nombreuses trachéoscopies et œsophagoscopies que j'ai pratiquées. Il s'agit d'une myosite massetérienne aiguë et double à la suite de la deuxième séance de trachéoscopie, pratiquée chez une malade syphilitique.

En voici l'histoire :

M. T., 43 ans, veuve, blanchisseuse, sans antécédents héréditaires de grand intérêt. Son mari mourut d'apoplexie. Elle a été toujours de bonne santé. En décembre dernier, elle eut une bronchite, et, peu de jours après, elle remarqua un peu de gêne respiratoire quand elle faisait des efforts ou montait des escaliers. La toux, presque toujours sèche, a persisté : dernièrement, elle a eu des crachats sanguinolents, la gêne respiratoire a graduellement augmenté jusqu'à mettre sa vie en danger. Quand elle se présenta à ma clinique, elle étouffait, l'inspiration était lente, prolongée, mais peu profonde, bruyante, avec un bruit de froissement très différent du cornage de la sténose laryngée ; elle avait onze inspirations par minute. Cette gêne respiratoire avait donné lieu à une coloration bleuâtre des muqueuses (langue, lèvres) ; la voix restait claire.

Comme on le voit, le type respiratoire indiquait un obstacle des premières voies : le bruit âpre, différent de celui de la sténose du larynx, uni à l'intégrité de la voix, me fit soupçonner un obstacle trachéal.

Je fis sur le champ l'examen laryngoscopique, lequel démontra la normalité du larynx. Immédiatement, je plaçai la malade dans la position recommandée par Killian, pour voir toute la trachée, et j'entrevis très profondément quelque chose qui obstruait la lumière trachéale, mais dont il me fut impossible de préciser les

détails. Alors je fis la trachéoscopie supérieure, que j'appelle « stomatodiale » [1] (*stoma*, bouche ; *odos*, voie) employant la spatule tubulaire, divisée en deux branches latérales, très recommandée par le Prof. Killian et par mon maître le Dr Eicken, et de laquelle je suis aussi très satisfait. Dans le cas présent, cette manœuvre fut un peu difficile par l'excessive longueur des dents et la gêne respiratoire. Guidé par la spatule et après une intense anesthésie locale, j'introduisis un tube de 9 millimètres. Je démontai alors la spatule et je la retirai pour qu'elle ne fît pas d'obstacle aux manœuvres. Comme anesthésique local j'eus recours à une solution de 2 grammes de stovaine, 1 de cocaïne, dans 20 centimètres cubes d'eau ; je dois faire remarquer que, sans doute par l'effet constricteur de la cocaïne, la malade respirait mieux.

J'appréciai alors la présence des masses rougeâtres insérées sur les parties postérieure et latérale de la trachée, tout près de sa bifurcation : elles occupaient presque entièrement la lumière trachéale, laissant seulement un petit orifice par où l'air passait péniblement : il était étonnant qu'une si grande obstruction fût compatible avec la vie.

Mais il fallait reconnaître la nature de la lésion. J'ai déjà dit que la patiente n'avait pas d'antécédents ni héréditaires ni personnels et que sa constitution était bonne. Au poumon, on n'observait que de la respiration rude par propagation du bruit trachéal.

Le lobe de l'oreille gauche montrait une ulcération qui l'avait presque entièrement détruit : cette ulcération me fit soupçonner une affection syphilitique et j'y dirigeai l'exploration. Je trouvai des ganglions occipitaux et sous-maxillaires gros, mobiles. bilatéraux et une cicatrice récente d'aspect manifestement syphilitique (la malade l'attribuait à un phlegmon). Quelques vagues données sur des lésions ulcérées de la bouche il y a peu de mois, guéries par le chlorate de potasse, voilà les seuls faits que j'ai pu recueillir ; malgré tout, je prescris un traitement mercuriel intensif.

Quelle conduite devions-nous suivre d'un état local tellement grave ?

L'obstacle était trop bas pour pouvoir être tourné par la trachéo-

(1) A. G. Tapia. — Deux mots pour donner une dénomination exacte à la bronchoscopie supérieure et inférieure (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., Paris, avril 1906).

tomie ; il fallait enlever l'obstacle, et je ne trouvais rien de meilleur que le procédé de Pieniazeck pour le sclérome trachéal, c'est-à-dire curetage et extraction au moyen de longues curettes et pinces par trachéoscopie inférieure ou « traumatodiale » (*trauma*, blessure ; *odos*, voie). N'ayant pas trouvé en vente à Madrid des curettes pour la trachée, je fus donc obligé d'en faire fabriquer. En attendant, je préparai des cathéters œsophagiens qui, dans le cas d'une extrême urgence, auraient pu être introduits dans la trachée, jusqu'à dépasser l'obstacle.

Mais rien de cela ne fut nécessaire, car le traitement mercuriel fit sentir rapidement ses bons effets : la malade commença à mieux respirer et le danger imminent disparut dans les 24 heures. Les Drs Irueste, Esteban et Durrif, qui virent la malade à son arrivée à la clinique, s'émerveillèrent comme moi de l'amélioration rapide de ce dangereux symptôme. La première séance de trachéoscopie fut très bien tolérée, mais la malade se plaignit de douleurs à la lèvre supérieure, qui, par ma distraction, avait été pincée entre le tube et les dents. Elle avait aussi les deux massèters endoloris.

Quatre jours après, la respiration était presque normale et on appréciait seulement le bruit rude trachéal dans les inspirations très amples. La lésion du lobe de l'oreille s'était visiblement améliorée. Le traitement confirma donc le diagnostic de syphilis.

Je fis une nouvelle trachéoscopie, et, au moment de faire ouvrir la bouche à la malade, la petite douleur qu'elle ressentait aux masseters s'exarcerba un peu. L'aspect de la trachée s'était beaucoup modifié : les masses rougeâtres avaient diminué, et l'orifice de passage de l'air laissait voir une partie de la bifurcation, invisible la première fois.

. Le jour suivant, la malade eut un peu de fièvre (38°,3) et présenta tuméfaction et forte douleur au niveau des deux masseters, plus accentuée aux points d'insertion. Elle pouvait à peine ouvrir la bouche : la peau de la région était rouge. L'intégrité de l'articulation temporo-maxillaire et des parotides était parfaite : je fis surtout attention à ces glandes pour exclure l'hypothèse d'une parotidite mercurielle qui, dans le cas de glandes aberrantes, pourrait simuler la myosite massetérienne. Avec un traitement local approprié tout disparut dans douze jours.

Cette myosite primitive est très rare et d'explication un peu difficile ; il ne faut pas l'attribuer au surmenage musculaire pendant la trachéoscopie, parce que les masseters sont relâchés dans ce moment. Serait-elle due à la rupture de quelques fibrilles mus-

culaires ? Quoi qu'il en soit, on ne doit pas oublier le terrain comme facteur primordial en sa production : la syphilis explique tout.

En conclusion, je crois que ce cas est intéressant aux points de vue suivants : c'est un exemple de plus de l'utilité de la trachéoscopie ; c'est une forme rare, par ses circonstances, de syphilis trachéale ; la prompte action du traitement est aussi remarquable ; et, finalement, la myosite massétérienne qui s'est présentée comme complication de la trachéoscopie, mérite d'être signalée par sa rareté.

TAPTAS (Constantinople). — **A propos de mon procédé sur l'opération de la sinusite frontale chronique.** — Vous connaissez tous le procédé que j'ai présenté devant le XIII[e] Congrès International de Médecine en 1900, à Paris, et qui avait été déjà présenté au mois de juin 1899, devant la Société Impériale de Médecine, à Constantinople.

Il reposait sur le principe de la sûreté du drainage obtenu par l'établissement d'une large communication du sinus frontal avec le nez, communication créée par le curettement complet de la cavité malade avec destruction de toute la masse ethmoïdale, à travers une brèche faite au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

Pour empêcher l'enfoncement de la peau au niveau du sinus ouvert, j'avais, alors, adopté la pratique de la conservation d'un pont osseux au milieu de la paroi antérieure et mon but était relativement atteint. Mais, plus tard, préoccupé du danger de récidive, à cause de la cavité restante, je préférai la destruction de toute la paroi antérieure du sinus et c'est ainsi que mon procédé figure dans les *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx de 1904*.

Dans mon procédé ainsi modifié, la fente créée par la résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur était en communication avec l'ouverture créée par la résection de la totalité de la paroi antérieure du frontal, ce qui permettait l'effacement de la cavité sinusale par l'enfoncement de la peau frontale dans toute l'étendue du sinus opéré.

Cette dernière manière de faire avait l'avantage d'assurer, mieux encore, une guérison prompte et radicale de la cavité malade, mais elle présentait l'inconvénient d'une déformation très visible et c'est ce que mes honorés confrères, qui se sont occupés de la question, n'ont pas manqué de relever.

A côté de mon procédé, deux autres ont été, depuis, publiés, appartenant à la même catégorie que le mien, que Sebileau a nommée catégorie des procédés mixtes, à cause de l'association, chez tous les trois, de la résection de la masse ethmoïdale à l'opération du sinus frontal.

Ces procédés sont celui de Jacques (de Nancy) et de Killian (de Freiburg).

Jacques [1], comme Jansen, fait la résection totale du plancher orbitaire du sinus, et partielle de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, curette le sinus, résèque l'ethmoïde et suture la plaie externe.

Killian, dans son procédé publié en 1902 dans l'*Archiv. fur laryngologie*, résèque la paroi antérieure du sinus, fait la toilette de sa cavité, enlève le plancher (paroi orbitaire), trépane l'apophyse montante et résèque les cellules ethmoïdales moyennes et antérieures ainsi que le cornet moyen, en conservant, entre les deux parois détruites du sinus, un long pont osseux revêtu de son périoste et formé du bord supérieur de l'orbite.

Le but que Killian se propose ainsi est l'effacement de la cavité frontale par l'enfoncement de la peau frontale d'en haut et l'avancement du contenu orbitaire d'en bas, sans déformation externe appréciable, grâce au pont osseux conservé.

Les choses en étaient là, lorsque Sebileau, dans sa savante critique des différents procédés devant la Société de Chirurgie de Paris, à propos des opérations de la sinusite frontale chronique [2], et, plus tard, dans sa communication à la Société d'Odontologie sur les opérations du sinus maxillaire [3], a soutenu énergiquement que l'effacement du sinus opéré n'est nullement nécessaire, la guérison dépendant de la parfaite destruction de la muqueuse malade et rien que d'elle.

Quant à moi, j'ai pu aussi me convaincre, par la suite, que l'effacement complet n'est pas la condition essentielle de la guérison, mais que la condition *sine qua non*, c'est, *à côté d'un curettage soigné, l'établissement d'une large communication du sinus avec le nez*, garantissant le drainage parfait de la cavité jusqu'au moment de la guérison des parties malades, comme je l'exposais

(1) *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1903, II, p. 129.

(2) *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1904, n° 35, p 913.

(3) *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1905, n° 12, p. 513.

en 1899 et 1900 et comme M. Toubert, de son côté, expliquait en 1904 devant la Société Chirurgicale de Paris.

Partant donc de ces idées, j'ai, ces derniers temps, changé de nouveau de pratique et, revenant à mon plan de 1899, repris la conservation, mais sous une forme cette fois-ci plus élégante, plus en rapport avec les progrès depuis lors accomplis ,d'un pont au niveau du point le plus saillant de la face antérieure du sinus malade comme temps esthétique de mon opération, sans pour cela rechercher l'*effacement total de la cavité sinusale par la destruction de la paroi supérieure de l'orbite.*

Le procédé ainsi modifié conserve la facilité d'exécution et la simplicité de mon procédé original et donne en outre un résultat esthétique parfait. Son exécution est la suivante.

Je mène une incision commençant de l'extrémité externe du sourcil et parcourant celui-ci jusqu'à la racine du nez pour finir perpendiculairement à l'extrémité inférieure de l'os nasal au côté latéral du nez, et vice versa si j'opère le sinus gauche.

Après hémostase complète, je décolle la lèvre supérieure de la plaie, en même temps que le périoste, mettant à découvert la paroi antérieure du sinus que j'ouvre vers la ligne médiane à l'aide du ciseau et du maillet, élargissant l'ouverture créée, à l'aide de la pince coupante, de manière à enlever toute la largeur de cette paroi vers l'extérieur où je descends jusqu'au rebord orbitaire même, tandis que vers l'intérieur je m'arrête au niveau de la proéminence de l'arcade sourcilière que je ménage, afin d'éviter l'enfoncement trop visible à ce point là. Alors, passant à la partie perpendiculaire de l'incision, j'en décolle la lèvre externe seule, en même temps que le périoste, et, faisant écarter légèrement sa lèvre interne aussi, je découvre l'apophyse montante du maxillaire supérieur ainsi que les sutures fronto-nasale et fronto-maxillaire. Alors avec le ciseau et le maillet d'abord, puis avec la pince coupante, je résèque une grande partie de cette apophyse, en même temps que la suture fronto-maxillaire, poussant la résection sur la partie inférieure de la paroi antérieure du sinus frontal même, ne conservant de celle-ci que la partie la plus saillante de l'arcade sourcilière dirigé de bas en haut et de dehors en dedans.

Vu les petites dimensions de ce pont, il ne risque jamais de souffrir dans sa nutrition, par conséquent, il n'y a pas lieu de conserver son périoste.

Après nettoyage radical du sinus frontal de ses fongosités et nettoyage soigné de la masse ethmoïdale formant barrière entre le sinus frontal et le nez, par la brèche créée au niveau de l'apo-

physe montante du maxillaire, je suture la peau par première intention sans aucun drainage, soit par le dehors, soit par le nez et sans application de ligatures, l'hémostase devant être assurée par la suture même. Puis j'applique un pansement compressif.

Si le sinus maxillaire est en même temps malade, je commence l'opération par lui. Je l'ouvre par la fosse canine, curette soigneusement sa muqueuse, détruisant la bulle ethmoïdale et les cellules ethmoïdales postérieures toutes les fois qu'elles sont aussi malades. Puis, après établissement de la communication large à travers le méat moyen et inférieur, tout en conservant le cornet inférieur intact, je le tamponne, provisoirement, ne faisant la suture de la fosse canine qu'après la fin de l'opération du sinus frontal, sans placer aucun drain ou mèche de gaz dans le sinus. Le traitement consécutif est des plus simples. Après quarante-six heures, je fais un léger lavage du nez et du sinus maxillaire par le méat inférieur ou moyen, si, ce sinus, étant aussi malade, a été opéré en même temps que le frontal, et je résèque à l'aide de la pince fenêtrée de Luc les quelques lambeaux du cornet moyen qui restent pendants dans le nez. Dans le sinus frontal je ne fais rien. Les fils sont enlevés le quatrième jour. Le pansement occlusif est conservé pendant une dizaine de jours. Au bout de deux semaines, le nez est presque sec.

En cas de sinusite frontale double, je fais la même opération des deux côtés sans destruction de la cloison intersinusale que je conserve en même temps qu'une bandelette de la paroi antérieure au niveau de cette cloison.

Comme vous voyez, le procédé est d'une simplicité extrême. Il ne diffère comme exécution des procédés simples que par la création d'une seconde trépanation au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, et il ne diffère de mon procédé de 1899-1900, que par le déplacement du pont de la plaque antérieure plus en bas et en dedans où la déformation s'est montrée plus visible. Il a en outre l'avantage sur les procédés Killian et Jacques d'épargner la cavité orbitaire et d'éviter la diplopie, tout en étant d'une exécution très facile.

Un point reste à discuter. La résection de la partie supéroexterne de la paroi antérieure du sinus dans sa totalité, telle que je l'ai décrite, est-elle réellement nécessaire ou non ? Selon Sebileau, elle ne le serait pas. D'après toutes les probabilités, elle ne l'est pas. Jusqu'ici nous avons exécuté cette résection pensant rendre le résultat de l'opération plus sûr, plus palpable, vu que la peau qui

s'enfonce à ce niveau diminue les dimensions du sinus vers l'extérieur, le réduisant à sa partie interne seule, qui, après destruction de la masse ethmoïdale, étant béante dans le nez, en fait plutôt partie. L'avenir démontrera ce qu'il faudra faire à ce propos aussi. Néanmoins, en réséquant cette partie externe jusqu'au rebord orbitaire même on n'a aucune défiguration tandis que, en conservant toute la saillie de l'arcade sourcilière vers l'intérieur le résultat esthétique est parfait.

J'ai opéré 2 cas de cette manière ; ce sont les suivants :

OBSERVATION I. — Homme, âgé de 38 ans. Il souffrait depuis cinq ans d'une forte suppuration du côté nasal droit, accompagnée de violents maux de tête et de vertiges. Pendant ce temps il avait suivi un traitement intranasal auprès de différents confrères de Constantinople.

Opération, le 18 février, selon le procédé ci-dessus indiqué. Les sinus maxillaire et frontal étaient remplis de pus et de fongosités. L'opération a été des plus simples. Après nettoyage de la masse ethmoïdale, on pouvait, s'aidant de la lampe frontale, inspecter le sinus sphénoïdal ouvert, tant à travers la brèche créée au niveau de l'apophyse montante du maxillaire supérieur que par le sinus maxillaire. Suture sans aucun drainage.

Suites opératoires très bonnes. La température n'a pas dépassé 37°. Premier pansement le quatrième jour, pendant lequel j'enlève aussi les fils.

A partir du troisième jour après l'opération, lavage quotidien de la cavité nasale et du sinus maxillaire droit pendant cinq à six fois. Deux semaines après l'opération, le malade quittait l'hôpital ne mouchant plus du tout.

Ici, la saillie sourcilière étant très prononcée, le pont a été constitué très haut au niveau de la paroi antérieure. Après l'opération, on ne pouvait voir aucune différence entre les deux côtés

OBSERVATION II. — Femme âgée de 45 ans. Forte suppuration du côté nasal droit avec douleurs et battements depuis plusieurs années. Elle a suivi un long traitement intranasal chez plusieurs confrères.

Diagnostic : Pansinusite droite avec énorme déviation de la cloison à droite. Opération la même que ci-haut. Sinus frontal très développé s'étendant jusqu'à l'apophyse orbitaire externe. Les sinus frontal et maxillaire, de même que toute la masse ethmoïdale, étaient remplis de pus et de végétations. Ouverture du sinus sphénoïdal. Suites opératoires excellentes. La malade quitte la clinique treize jours après l'opération.

Quant à la résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, elle est d'une utilité indiscutable et indiscutée pour toutes les interventions qui ont lieu sur l'ethmoïde et le sphénoïde.

En réséquant provisoirement ou définitivement l'apophyse montante du maxillaire supérieur, après incision des parties molles, de la racine du nez à l'entrée de la narine, on se crée une voie d'accès qui permet d'enlever toutes les tumeurs de l'ethmoïde et du sphénoïde.

Nous sommes, en outre, d'avis, qu'en cas de thrombo-phlébite du sinus caverneux, survenant comme complication de suppuration auriculaire, l'ouverture et le drainage du sinus thrombosé, considérés comme possible à travers le sinus sphénoïdal (1), se ferait mieux de cette façon plutôt qu'en passant par la fosse canine et le sinus maxillaire.

La voie par nous proposée permettrait peut-être d'ouvrir en même temps l'abcès concomitant de la veine ophtalmique en détruisant la paroi interne de l'orbite.

Dans un cas de sarcome de l'ethmoïde s'étendant à la base du crâne que nous avons ainsi opéré, nous avons obtenu par la résection large de l'apophyse montante du maxillaire, après incision des parties molles jusqu'à la narine, un tel accès vers le sphénoïde qui nous n'hésiterons nullement à y recourir en cas de thrombophlébite du sinus caverneux aussi.

F. L. Puig (Barcelone). — Le très habile spécialiste de Berlin, Jansen, emploie le même procédé ou du moins un procédé très semblable à celui que préconise Taptas, dans les cas de sinusite frontale chronique : la même incision, la conservation d'un pont osseux, l'ample communication des cavités frontale, ethmoïdale, sphénoïdale (si c'est nécessaire). Mais Jansen fait plus encore quand il s'agit d'un sinus large, afin de faciliter le nettoyage et le curetage du sinus : Il saisit avec une ou deux fortes pinces la paroi antérieure du sinus, prenant entre les branches de l'instrument toute l'épaisseur de la paroi : os, muscle et peau, en ayant soin de mettre entre la peau et les pinces une couche épaisse de coton pour éviter de meurtrir les parties molles. Il soulève ensuite avec force une partie de la paroi, mais sans la séparer complètement du reste. De cette façon, l'ouverture est grande et l'on peut facilement aborder l'intérieur de la cavité.

Les cas de nécrose à la suite de cette opération sont d'ailleurs très rares.

(1) Luc. — *Annales des maladies du nez, de l'oreille et du larynx*, 1905, n° 6.

SAINT-CLAIR THOMSON (Londres). — Il faut se rappeler que ces opérations sont dangereuses et qu'elles ne remplissent pas toujours le but qu'on se propose.

PUIG. — Je ne partage pas du tout l'opinion de Saint-Clair Thomson et je considère les opérations de ce genre comme généralement indispensables et, quand elles sont appliquées suivant les règles, comme étant sans aucune gravité.

GROSSMANN (Vienne). — A mon avis, l'opération de Taptas constitue un progrès réel dans la cure des sinusites frontales suppurées.

TAPTAS. — Je n'ai jamais vu publié nulle part le procédé de Jansen, dont parle Puig. Car je dirai que cette opération appartient à un autre groupe de procédés que le mien, savoir au groupe des « procédés autoplastiques avec conservation d'une plaque osseuse temporairement réséquée ».

A Saint-Clair Thomson, je répondrai que, de la manière dont j'exécute mon opération, celle-ci apparaît très simple. Elle donne d'ailleurs un jour excellent : avec une lampe frontale, on peut scruter tous les coins du sinus et même le sinus sphénoïdal. Je puis dire qu'à la fin de l'opération il ne reste pas une seule cellule non ouverte du côté de la face opérée. Il va de soi, pour répondre à une autre objection de Saint-Clair Thomson, que je n'applique mon procédé et qu'on ne doit appliquer les procédés analogues qu'aux cas de sinusite chronique.

Je suis très encouragé par l'opinion du Prof. Grossmann et je puis lui certifier que l'exécution de mon procédé est des plus simples et que les résultats esthétiques qu'il donne sont meilleurs que ceux de tout autre procédé, grâce à la conservation de toute la saillie de l'arcade sourcilière.

Séance du 24 avril.

RAPPORT

SUAREZ DE MENDOZA (de Paris) rapporteur. — **Diagnostic différentiel des lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx.** — L'auteur fait ressortir l'importance considérable, tant au point de vue des intérêts sociaux qu'au point de vue du traitement à instituer, du diagnostic précis, précoce et différentiel

des laryngopathies tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses, ces « écueils douloureux » de la pratique médicale qui sont, suivant l'expression de Moritz Schmidt, des fléaux non seulement pour les malades qui en sont atteints, mais aussi pour les médecins consciencieux qui sont obligés de les traiter.

Le diagnostic différentiel de ces affections ayant pour base la connaissance des symptômes fonctionnels et signes objectifs qui caractérisent chacune d'elles, l'auteur en fait une étude succincte quoique aussi complète que possible.

Le travail de l'auteur se trouve ainsi être divisé naturellement en quatre parties.

Dans les trois premiers chapitres il groupe successivement les symptômes fonctionnels et les signes physiques de la tuberculose, de la syphilis et du cancer du larynx, en les synthétisant et en les analysant à la lumière des récents travaux et de son expérience personnelle. Dans le quatrième chapitre il essaie d'établir le diagnostic différentiel de ces affections, sans avoir cependant la prétention, dit-il, de résoudre complètement ce problème si ardu et si complexe.

Après avoir résumé dans un tableau synoptique, des plus complets, tous les symptômes subjectifs et objectifs qui peuvent servir à différencier les lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx, il rapporte un certain nombre d'erreurs de diagnostic commises par des laryngologistes des plus éminents, erreurs qui prouvent que le diagnostic en apparence le plus précis peut être sujet à caution.

« Ces erreurs, dit l'auteur, doivent consoler les jeunes praticiens qui se désespèrent devant un cas difficile en maudissant leur apparente ignorance et montrer aux autres, à ceux qui, ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas, ne doutent jamais, n'ont jamais d'ombre d'hésitation, qu'il serait prudent d'opposer souvent à leur ardeur juvénile le *festina lente* des sages de l'antiquité. »

L'auteur résume son travail par les conclusions suivantes :

1° Il est essentiel de faire le diagnostic différentiel des lésions tuberculeuses, syphilitiques et cancéreuses du larynx de bonne heure, mais c'est justement au début de ces affections que le diagnostic présente de très grandes difficultés.

2° Les symptômes fonctionnels qu'on peut observer au début de ces affections sont communs à la plupart des laryngites aiguës et chroniques et, partant, complètement insuffisants pour établir le diagnostic.

3° Les signes physiques à la période initiale sont extrêmement variables d'un malade à l'autre, obscurs, incertains, et, dans la plupart des cas, seule la marche ultérieure des lésions peut trancher le diagnostic.

4° En ce qui concerne particulièrement la tuberculose laryngée à forme catarrhale, les lésions pulmonaires ne peuvent servir que comme signe de présomption. Même la constatation des bacilles dans les sécrétions ne doit pas être considérée comme un signe d'évidence.

5° Si, à la période d'état, le diagnostic différentiel des laryngopathies tuberculeuse, syphilitique et cancéreuse est, dans beaucoup de cas, relativement facile, dans d'autres, la nature exacte de la lésion peut échapper pendant un certain temps au praticien le plus perspicace.

6° Les cas offrant en effet les caractères classiques qu'on attribue dans les livres aux lésions tuberculeuses syphilitiques et cancéreuses sont loin d'être fréquents.

7° Il peut aussi arriver qu'on ne trouve ni dans les données de l'anamnèse, ni dans l'état actuel, aucun signe pouvant corroborer l'hypothèse qu'on serait tenté d'admettre en se basant sur le résultat de l'examen laryngoscopique.

8° Le diagnostic différentiel peut devenir particulièrement embarrassant et difficile lorsque deux de ces affections se superposent.

9° Seuls l'examen microscopique pour la tuberculose et le cancer et le traitement antisyphilitique pour la syphilis permettront de poser le diagnostic avec une quasi-certitude.

Il faudra cependant avoir toujours en vue :

10° En ce qui concerne l'examen bactériologique, qu'il résulte des recherches de Botey communiquées en 1884 au Congrès international de Laryngologie, que la présence des bacilles de Koch dans les crachats n'implique pas nécessairement la tuberculose du larynx et que leur absence ne veut pas dire que la tuberculose n'existe pas.

11° En ce qui concerne le traitement antisyphilitique, que la médication iodurée peut souvent produire dans le cancer une amélioration temporaire et masquer ainsi pendant un certain temps la nature des lésions.

12° En ce qui concerne l'examen histologique, qu'on ne peut en tirer des conclusions certaines que lorsqu'il est positif.

13° Que le résultat négatif de l'examen ne peut pas trancher le diagnostic, car la parcelle de la tumeur enlevée peut ne pas provenir de la profondeur du néoplasme.

14° Qu'en résumé, malgré tous les moyens dont la science dispose aujourd'hui pour nous aider dans le diagnostic de ces laryngopathies redoutables, l'évolution de la maladie vient souvent démentir nos affirmations précipitées, basées sur des données pseudo-classiques et que le sens clinique, le flair du praticien peuvent nous servir plus que toute autre chose à dégager de l'ensemble symptomatologique devant lequel nous nous trouvons la véritable nature de la lésion.

Sousa-Valladarès (Lisbonne). — Je regrette vivement que Lastra, rapporteur, ne soit pas ici aux côtés de Suarez de Mendoza, car il est toujours désagréable de faire une critique d'un rapport en l'absence de l'auteur de ce rapport. Aussi dirai-je à peine quelques mots sur le sujet.

En ce qui concerne d'abord le carcinome du larynx, son diagnostic n'est, la plupart du temps, pas difficile, si l'on tient compte de l'âge du malade, de son sexe et de l'immobilité de l'une des cordes vocales. En effet, le cancer est très rare avant 40 ans et tout à fait exceptionnel chez la femme. Si donc, chez un homme ayant dépassé la quarantaine, on constate l'existence d'une saillie rouge, sessile, sur une des cordes vocales, saillie s'accompagnant de l'immobilisation — par obstacle mécanique — de cette même corde vocale, saillie ne disparaissant pas par le traitement spécifique, il faudra immédiatement songer au cancer.

Pour ce qui regarde la tuberculose, il est de toute nécessité d'interroger l'état général, car la tuberculose laryngée primitive, quoiqu'on en dise, est très rare.

Enfin, quant à la syphilis, nous possédons une pierre de touche à laquelle il nous faudra toujours recourir quand nous nous trouverons en face de lésions peu caractéristiques : le traitement mercuriel associé au traitement ioduré accompliront parfois de véritables résurrections.

M. Grossmann (Vienne). — Je ne voudrais pas aborder d'une façon détaillée le chapitre du diagnostic différentiel de la syphilis, de la tuberculose et de la carcinose laryngées, et je me contenterai de faire remarquer que le diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections ne nous laissera qu'exceptionnellement dans le doute.

La tuberculose du larynx est tellement caractéristique, notamment avec son infiltration de tubercules miliaires, que chacun pourra le reconnaître au premier coup d'œil. Le diagnostic sera parfois un peu plus difficile entre la syphilis et le cancer du larynx. A ce propos, je voudrais attirer l'attention sur un symp-

tôme que j'ai déjà cherché à mettre en lumière, il y a déjà de nombreuses années, à l'occasion de nos premières publications sur le « lupus du larynx ». Contrairement à ce qu'on observe dans le lupus et dans la syphilis, on constate dans le cancer du larynx l'existence d'une paralysie précoce de la corde vocale, paralysie qui se manifeste alors qu'il n'existe encore que des altérations anatomiques insignifiantes de cet organe. Jamais les ulcérations syphilitiques ou lupiques du larynx n'entraînent une telle paralysie totale de la corde vocale affectée ; cette paralysie ne se produit dans la syphilis que lorsqu'il existe en même temps une périchondrite syphilitique. Dans ce dernier cas, où l'immobilité de la corde vocale est le fait non d'une paralysie, mais d'un obstacle mécanique, il existe, d'ailleurs, d'autres symptômes différentiels tellement caractéristiques (gonflement œdémateux étendu dans la syphilis, surface inégalement bosselée dans le cancer) qu'il n'est, pour ainsi dire, pas possible de commettre une erreur de diagnostic.

F. Kuhn (Kassel). — **L'intubation « pérorale » dans les opérations sur le nez et sur la gorge.** — Je voudrais, en quelques mots, attirer votre attention sur les avantages que présente l'emploi de mon appareil à intubation pérorale du larynx dans toutes les opérations qui se pratiquent sur le nez et sur la gorge. Ces avantages sont, en résumé, les suivants :

1° Facilité de l'anesthésie qui se fait avec l'appareil, les vapeurs anesthésiques étant dirigées directement sur le larynx ;

2° Faculté de pouvoir aborder directement par la bouche et d'extirper avec le minimum de dégâts des tumeurs du pharynx qu'il faudrait, sans l'emploi de cet appareil, aborder par d'autres voies et en causant des délabrements plus ou moins étendus ;

3° Possibilité d'éviter la trachéotomie préventive ou la ligature préventive des carotides, en raison de la garantie absolue qu'offre l'appareil contre la pénétration de sang dans l'arbre respiratoire au cours de l'opération ;

4° Possibilité d'éviter que les matières vomies pendant l'anesthésie soient aspirées dans le larynx et ainsi de prévenir les pneumonies par aspiration ;

5° Bref, sécurité dans le fonctionnement et simplicité dans l'application de l'appareil que je vous présente ici.

Saint-Clair Thomson (Londres). — Sans être partisan du tubage préventif du larynx, je pense cependant qu'on peut mieux faire avec une laryngotomie préventive et une éponge dans le larynx.

M. Grossmann (Vienne). — **Corrélation fonctionnelle des muscles du larynx.** — Les préparations microscopiques et les photographies que je vous présente et que j'ai obtenues au cours de mes recherches sur des lapins, des chats et des chiens, montrent que, lorsqu'on provoque la paralysie des muscles innervés par le nerf laryngé inférieur on voit survenir dans les muscles innervés par le nerf laryngé supérieur, les symptômes de ce que j'ai appelé l'*atrophie par inactivité* ; réciproquement, cette atrophie par inactivité s'observe dans des muscles innervés par le nerf laryngé inférieur quand on provoque expérimentalement la paralysie des muscles dépendant du nerf laryngé supérieur.

Cette « atrophie par inactivité alternante » est un phénomène qui se produit constamment dans les cas de paralysie partielle, c'est-à-dire de l'un ou de l'autre nerf du larynx. Elle corrobore certains faits cliniques déjà observés chez l'homme, chez qui, dans certains cas de paralysie du récurrent, on a constaté également une atrophie du muscle crico-thyroïdien du même côté, phénomène que jusqu'ici on avait attribué par erreur à une distribution particulière de l'innervation laryngée chez certains individus.

Séance du 24 avril.

COMMUNICATION

Quevedo y Zubieta (Mexico). — **D'une méthode efficace de traitement des sinusites maxillaires suppurées, compliquées de fistules.** — Les échecs dans le traitement opératoire des fistules du sinus maxillaire proviennent de ce que l'on veut réunir les bords avivés de la fistule avant de bien désinfecter l'antre d'Highmore et d'en prévenir la réinfection.

Pour satisfaire ce double but, j'ai adopté une méthode dont je vais résumer les points principaux.

Supposons le cas d'une fistule cutanée, c'est-à-dire de la face.

1° J'incise les parties molles au niveau de la fistule. Cette incision, de même que l'agrandissement au ciseau de la fistule osseuse, doit permettre le passage d'une petite curette et d'un perforateur.

2° Curettage des parois du sinus. Lavage antiseptique. Par la brèche pratiquée, je fais deux perforations de la paroi nasale de

l'antre, chacune au niveau du plancher et près de l'angle sinusal antérieur et postérieur respectivement. Ces perforations correspondent du côté de la fosse nasale au méat inférieur sous la tête et la queue du cornet.

3° Pendant une semaine, quinze jours, trois semaines, on pratique des lavages antiseptiques répétés, à forte pression, de la cavité. Le jet de lavage entre et sort alternativement par l'orifice de la joue et par les orifices nasaux.

4° Quand, au bout de ce temps variable, on constate que la suppuration a cessé dans l'antre, on suture les bords de l'incision cutanée qui correspondent à l'ancienne fistule.

Après occlusion, on continue de laver l'antre par la fosse nasale. Le jet d'eau antiseptique à forte pression pénètre par l'orifice nasal de l'antre et sort par l'orifice postérieur.

La réunion des bords de la fistule se fait à l'abri de l'asepsie cavitaire.

Séance du 25 avril.

COMMUNICATIONS

CALDEIRA CABRAL (La Tocine). — **Un cas de végétations adénoïdes suivies, après leur ablation, de l'apparition sur place d'un myxo-sarcome végétant.**

H. FREY (Vienne). — Le fait qui vient de nous être communiqué est très intéressant : c'est une complication encore peu connue de l'adénoïdotomie. Nous savions déjà que, dans un certain nombre de cas, les végétations adénoïdes contenaient du bacille de Koch ; il est non moins important d'apprendre qu'elles peuvent être le point de départ de tumeurs malignes.

SAUTANNA LEITE (Lisbonne). — Je pense que la tumeur que notre collègue avait premièrement diagnostiqué « végétations adénoïdes » était déjà du myxo-sarcome ; seulement, comme sa forme et son point d'implantation étaient ceux des végétations banales, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il ait pris ce néoplasme malin pour des végétations banales.

SUAREZ DE MENDOZA (Paris). — **Sur la cure radicale de l'obstruc-**

tion nasale. — A mon avis, les procédés compliqués, longs et laborieux imaginés pour la cure radicale de l'obstruction nasale peuvent être remplacés très avantageusement par l'emploi de la scie tubulaire mue par le tour de White, par un moteur électrique ou plus simplement par un appareil Bercut.

En procédant suivant la technique que nous avons adoptée, la cure radicale de l'obstruction nasale peut être pratiquée en quinze ou vingt secondes et ne nécessite pas l'emploi de l'anesthésie générale.

Santanna Leite (Lisbonne). — **30 cas d'intervention chirurgicale sur l'apophyse mastoïde.** — La statistique que nous avons l'honneur de présenter au congrès et qui est l'objet de cette communication, n'est pas très grande comme d'autres qui ont été publiées par d'illustres collègues étrangers tels que, Jansen, Schwartze, Moure, Stacke, etc., etc. ; mais elle est composée d'un nombre suffisant de cas pour remplir le but proposé.

Si quelques statistiques permettent des conclusions erronées qui ne sont pas en harmonie avec la vérité, on ne pourra pas accuser celle-ci d'un égal défaut.

Elle comprend trente interventions chirurgicales sur l'apophyse mastoïde.

De ces cas, les uns proviennent de la consultation otologique de l'hôpital Saint-Joseph de Lisbonne, d'autres de ma clientèle privée. Dans l'un et l'autre cas, les procédés opératoires et les soins ont été absolument identiques.

Les conditions dans lesquelles il y a lieu d'intervenir sur une apophyse mastoïde sont très différentes, mais ici nous ne nous occupons que des cas chroniques, c'est-à-dire des otorrhées plus ou moins anciennes, douloureuses ou non, avec ou sans fétidité et contre lesquelles ont échoué les traitements médicaux tels que lavages, pansements secs, etc., etc., et même l'ablation des osselets. En présence d'un cas de cette nature, l'opération radicale est indiquée et, sous cette désignation si positive, s'entend la réduction de l'oreille moyenne et de ses annexes pneumatiques en une seule cavité ample et large ; c'est-à-dire, on supprime l'oreille moyenne en la rendant externe. C'est ce procédé que nous avons employé dans les cas que nous présentons et, si dans nos premières opérations nous avons cherché à obtenir la cutanisation par autoplastie, par la suite nous ne l'avons pas fait et nous avons suturé l'incision rétro-auriculaire, premier temps de l'opération, faisant les pansements consécutifs par le conduit auditif externe.

Ce procédé a de tels avantages qu'il s'impose parce que non seulement il abrège le nombre des pansements, comme il évite au malade une difformité qui, si elle est indifférente à quelques-uns, ne l'est pas au plus grand nombre. Sur les 30 cas, dix-huit fois il s'agissait de l'oreille gauche et douze fois de l'oreille droite, vingt-deux des malades étaient des hommes et huit des femmes.

Le plus grand nombre des opérés avaient de dix à vingt, le nombre des cas décroissant avec l'âge.

L'étiologie des suppurations auriculaires dans laquelle figure l'influenza par sa répercussion sur la muqueuse des voies aériennes ainsi que quelques fièvres éruptives, surtout la rougeole et la scarlatine, compte aussi des angines.

Nos 30 cas se décomposent de la façon suivante :

Dix-huit écoulements simples dans lesquels l'intervention a démontré que la suppuration provenait soit des cellules mastoïdiennes, de l'antre, de la caisse ou du canal tympano-mastoïdien.

Tous ont guéri dans un espace de temps relativement court et, plus de la moitié entre un mois et demi et deux mois et demi.

Parmi les 18 cas, il en est un sur lequel je dois appeler l'attention : la mastoïde présentait deux fistules. Il y avait plusieurs années que le malade en souffrait. L'intervention a été large et profonde. Le sinus latéral a été bien vu et nous avons cheminé vers lui, le tissu malade conduisant notre main. Mais, ce sinus qui était bien à sa place n'était pas perméable, il était oblitéré, le sang n'y circulait plus. Il y avait naturellement eu une phlébite qui, déterminant la formation d'un caillot oblitérant, avait sauvé le malade d'une mort certaine.

Le complexus symptomatique avait été en rapport avec l'explication que je donne. Sur ces cas compliqués :

Trois par cholestéatome ; l'un petit, logé dans l'antre, l'autre occupant l'antre et une cavité formée dans les cellules et le troisième emplissant l'oreille moyenne et ses annexes pneumatiques.

Les malades chez lesquels le facial était paralysé, conservèrent leur paralysie mais dans aucune des interventions, même chez ceux gravement compliqués où il faut aller profondément et largement, nous n'avons eu le regret de léser le facial ce qui, du reste, ne nous semble pas difficile à éviter, car le canal demi-circulaire externe constitue la boussole qui indique le nord dans ce dangereux océan. Nous avons maintenant 6 cas de phlébite du sinus latéral : 3 ont guéri et 3 sont morts.

En les examinant avec beaucoup d'attention on voit que sur les 3 premiers la paroi du sinus commençait à être mortifiée par le

pus qui la baignait. L'intervention a été faite assez à temps pour éviter que la mortification de la paroi du sinus fût complète. La cause enlevée, les portions mortifiées de la paroi s'éliminèrent peu à peu et furent remplacées par du tissu sain.

L'infection qui existait déjà s'est éteinte par l'élimination des toxines, la température tombant et l'état général se relevant rapidement.

Les dernières phlébites étaient septiques, la paroi du sinus déchirée et l'infection générale si intense que l'organisme ne put résister.

Dans un de ces cas il y avait méningite généralisée, compliquant l'action de la phlébite.

Nous pourrions expliquer pourquoi nous ne pratiquâmes pas la ligature de la jugulaire interne, mais ceci nous ferait sortir du cadre de ce travail.

Vient ensuite un abcès intra-dural avec plus d'une cuillère à soupe de pus.

La malade a guéri.

Dans ce cas comme dans ceux des phlébites nous ne pratiquâmes pas la suture immédiate et fîmes le drainage comme il est de règle dans les complications graves. Un abcès extra-dural dont nous ignorons le résultat, le malade ayant cessé de fréquenter la consultation vingt-cinq jours après l'opération. Et une méningite qui a causé la mort. Ce fut l'oreille droite la cause de l'infection des méninges. Une paracentèse faite trois jours après l'opération de l'oreille gauche avait donné issu à une grande quantité de pus. La ponction lombaire ne donna aucun renseignement.

En résumé nous avons :

Otorrhées simples	18 guérisons
Otorrhées compliquées par :	
Cholestéatomes.	3 guérisons
Phlébites	3 guérisons
Phlébites septiques.	2 morts
Phlébites septiques avec méningite . .	1 mort
Abcès intra-dural	1 guérison
Abcès extra-dural	1 résultat inconnu
Méningite	1 mort.

Les dix-huit otorrhées que nous avons opérées à froid ou réchauffées furent suivies du meilleur résultat, la guérison ayant été complète. Sur les otorrhées compliquées, quatre décès. Mais,

dans aucun des cas, le dénouement fatal ne peut être attribué à l'opération, mais bien au degré élevé des complications existantes et que la chirurgie était impuissante à dominer.

CONCLUSIONS

1° La présence du pus dans l'oreille moyenne et ses annexes détermine des complications intra-crâniennes d'une telle gravité qu'elles causent la mort.

2° L'opération radicale est innocente, exempte de dangers, et parvient à guérir les otorrhées non compliquées et même quand elles le sont, pourvu que le degré de la complication ne soit pas trop élevé.

ACADÉMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ESPAGNOLE (1)

Séance du 12 février 1906.

Rueda. — **Utilisation de la voie endo-nasale comme voie opératoire des fibromes naso-pharyngiens.** — L'auteur emploie depuis 1899, et avec un excellent résultat, un procédé original qu'il a récemment utilisé chez un homme porteur d'un polype naso-pharygien inséré sur le bord supéro-externe de la choanne droite. Chez ce malade par suite d'une forte déviation du septum, les manœuvres intra-nasales étaient plus que difficiles et il était notamment impossible en suivant le plancher de la fosse nasale d'arriver jusqu'au pharynx nasal et d'y faire pénétrer l'anse d'un serre-nœud. Rueda employa donc son procédé, qui consiste à introduire par chaque fosse nasale une sonde urétrale en gomme, et à retirer à l'aide d'une pince, les deux extrémités pharyngées par la bouche. On noue à ces extrêmités une troisième sonde uréthrale, celle-ci très fine. On a ainsi formé une anse. En retirant les deux sondes, l'anse va en se rétrécissant et vient se placer derrière la luette d'où on la pousse à l'aide d'un stylet construit à cet effe jusqu'à la voûte pharyngienne. L'anse se place alors derrière le polype. Mais les deux extrêmités de cette anse se dirigent chacun vers sa fosse nasale, et il est indispensable qu'ils passent tous les

(1) Comptes rendus du Dr Irueste Germans. Traduction Mossé.

deux par la même fosse nasale, qui est celle où l'on passera pour faire l'ablation du polype. Pour arriver à ce résultat il suffit au moment où l'on forme l'anse dans la bouche d'y adapter un fil de soie, en ayant soin de calculer le point d'attache de façon à ce qu'au moment où l'anse s'appliquera derrière le polype, le nœud reste sur un des côtés. On pourra par la traction de ce fil, amener l'extrémité d'une fosse nasale, dans la fosse nasale opposée. Cette anse étant ainsi formée il ne reste qu'à y substituer une anse de platine qu'on adapte au manche universel de galvano-cautère.

Ce procédé est, ajoute Rueda, d'une incontestable utilité pour les polypes insérés sur le bord choannal, et pour les polypes de petites dimensions sur lesquels s'exerce difficilement le contrôle de la vue et du toucher en cours d'opération.

Botella. — Ce procédé paraît ingénieux et peut en effet être utile en bien des cas.

Tapia estime au contraire que ce procédé loin de faciliter les manœuvres, les rend plus pénibles. Les procédés déjà connus suffisent pour pratiquer l'ablation des polypes naso-pharyngiens, quelque position qu'ils occupent.

Séance du 5 mars 1906.

Gonzalez del Campo. — **Aérophagie inconsciente.** — Sous ce titre l'auteur présente un individu de 23 ans, neurasthénique depuis 11 mois et sujet à des éructations involontaires, sériées et fort bruyantes. Ces éructations se produisent tantôt spontanément, tantôt par la pression de zones déterminées, et spécialement la zone supra-mammaire gauche. En auscultant ce malade à gauche du xyphoïde, on entend le bruit de l'air qui franchit le cardia, et quelques secondes plus tard la sortie de l'air par le même orifice. Il est donc nécessaire qu'il y ait eu d'abord déglutition de l'air — ou aérophagie — pour qu'il puisse y avoir éructation, et la preuve que la chose se passe bien ainsi, c'est que si on a soin de faire ouvrir la bouche au patient, il ne peut y avoir d'éructation, la déglutition étant impossible.

L'auteur expose sa conception étiologique et pathogénique de cette affection, et il admet la nécessité d'un état névropathique prédisposant. Il ajoute que cette affection est favorisée par une prédisposition organo-fonctionnelle, telle que le relâchement du

cardia. Il termine en conseillant l'ouverture de la bouche pour éviter l'éructation et un traitement général pour la névrose.

Yaguë estime que les cas d'aérophagie sont beaucoup plus rares, que le prétendent les auteurs. Dans sa longue pratique, il n'a vu que 3 cas authentiques d'aérophagie. Il distingue la véritable aérophagie inconsciente, et par suite incapable de disparaître sous l'empire de la volonté ou l'effet de la suggestion, aérophagie qui se produit même la bouche ouverte, et la pseudo-aérophagie, qu'on observe chez les gastropathes, aérophagie qui est toujours volontaire, consciente et que les malades produisent en croyant expulser des gaz de l'estomac, et sans se rendre compte que ce qu'ils chassent n'est autre chose que de l'air qu'ils ont avalé.

Tapia expose ce qu'il a observé dans un cas d'aérophagie que lui avait envoyé Yaguë, et dans lequel il pratiqua l'œsophagoscopie. A mesure que le tube pénétrait on voyait les parois de l'œsophage, tantôt intimement adaptées et tantôt (le malade faisant une large inspiration) les parois se déplisser et s'écarter brusquement. Une bouffée d'air pénétrait dans l'œsophage pour être expulsée quelques secondes après. Pendant l'opération la malade, bien qu'elle eût un bouchon entre les dents pratiquait l'aérophagie et l'éructation. Celle-ci guérit d'ailleurs par suggestion après quelques séances d'œsophagoscopie.

Séance du 26 mars.

Jimenez. — **2 cas de papillome laryngé chez l'enfant.** — Sous ce titre l'auteur rapporte l'observation d'un petit garçon de sept ans et celle d'une fillette de 3 ans. Ces deux petits malades furent présentés à son examen, aphones et respirant fort mal. L'examen laryngoscopique révéla la présence dans l'un et l'autre cas d'une masse papillomateuse, implantée sur l'angle antérieur des cordes vocales. Dans les 2 cas, il ne restait plus qu'un espace fort limité pour le passage de l'air. En deux séances, dans le 1er cas, et en quatre dans le 2e cas, Jimenez put enlever presque toute la masse par voie endolaryngée.

L'auteur estime que malgré la lutte qu'il faut soutenir pour vaincre l'indocilité des enfants, il faut toujours tenter de faire l'extirpation par voie endo-laryngée et ne recourir à la thyroto-

mie que lorsque la première tentative a complètement échoué. Quant aux récidives, elles ne sont pas moins fréquentes avec le second procédé qu'avec le premier.

GEREDA. — La laryngoscopie directe facilite l'extraction des papillomes chez les enfants.

Séance du 2 avril.

LAUDETE. — **2 cas de staphyloraphie.** — L'auteur dans les 2 cas a suivi le procédé de Brofy, procédé qui consiste : 1° à aviver les bords de la plaie ; 2° à placer les points de contact avec un fil de soie qui servira de conducteur au fil d'argent ; 3° à placer les disques de plomb perforés, à travers lesquels on passe les fils métalliques ; avec une pince à torsion on rapproche à la fois les points et les bords de la fissure ; 4° suture de coaptation au fil d'argent.

Laudete compare ce procédé à ceux qui nécessitent des incisions latérales, et il en déduit que tout l'avantage appartient au procédé dont il vient de rappeler la technique. C'est grâce à celui-ci que les 2 cas qu'il vient d'opérer ont guéri. Chez les deux malades la déglutition est normale, mais la phonation réclame une rééducation ortophonique pour certaines syllabes.

La statistique de Brofy, comprend 570 cas, dont 201 chez des enfants de moins de 5 mois. Les résultats ont été constamment favorables.

GOYANES pense que lorsque les deux moitiés du voile du palais sont atrophiées, les deux incisions latérales sont indispensables, parce qu'elles seules donnent l'étoffe nécessaire. Pour éviter la déchirure des points, on peut pratiquer la ténotomie à la mode de Fergusson. La difficulté de phonation observée chez les opérés est due à la tension du voile.

LAUDETE. — Le sixième des échecs de la staphylorraphie est dû aux accidents septiques qu'entraînent les incisions latérales. En outre, ces incisions produisent des troubles auditifs par suite de la section du péristaphilin externe, dilatateur de la trompe ; des hémorrhagies post-opératoires provenant des artères palatines postérieures : la rigidité du voile par la présence de trois cicatrices linéaires d'où troubles phonatoires. Quant à la ténotomie à la Fergusson l'auteur la repousse, comme complètement inefficace.

Laudete. — **Kyste radiculo-dentaire.** — Le kyste dont il est question était invaginé dans l'antre d'Higmore dont il remplissait complètement la cavité, et dépendait de la racine de l'incisive latérale supérieure gauche. A l'extraction de cette racine, on constata l'issue d'un exsudat sombre mêlé à des lamelles brillantes.

En suivant la conduite recommandée par Pacques, en opérant, par la voie bucco-nasale, on a l'avantage de ne pas laisser de cavités ouvertes sur la bouche. Mais en faisant la résection de le paroi externe seule, on forme une cavité qui se ferme lentement et pour l'obturation de laquelle l'opéré est obligé d'avoir recours à un appareil prothétique. Laudete eût donc recours à l'opération de Luc, avec laquelle la guérison s'obtint rapidement.

Rueda. — Cite le cas d'une malade à laquelle il fit la résection de la paroi antérieure d'un kyste dentaire du maxillaire supérieur. Dans la cavité de ce kyste il trouve deux dents, une sur le plancher et l'autre sur la voûte de l'antre.

Sterling. — Lorsque les kystes sont invaginés dans le sinus maxillaire, la résection de la paroi antérieure du sinus suffit. C'est plus simple et moins périlleux que le Calwell-Luc.

Laudete. — Lorsque, comme dans le cas de Rueda il s'agit de kystes folliculaires développés avec le germe dentaire la résection de la paroi antérieure du kyste suffit. Mais si le malade est porteur d'un kyste radiculaire de l'antre, il faut avoir recours à l'opération de Luc.

Séance du 16 avril.

Tapia. — **Un cas d'acrobatie linguale.** — Tapia présente sous ce titre, un étudiant en médecine qui avec sa langue exécute les mouvements suivants :

Il obture à volonté l'une ou l'autre de ses choanes, et pour en faire la démonstration, il fume et renvoie la fumée par la fosse nasale qu'il laisse ouverte.

Il introduit la langue dans ses fosses nasales à travers les choannes ; ce que l'on peut contrôler par la rhinoscopie antérieure, et avec l'aide de l'adrénaline, cet admirable spéculum chimique, on voit la pointe de la langue pénétrer dans la fosse nasale.

Toujours avec sa langue, cet étudiant explore son amygdale pharyngée, il analyse les détails anatomiques de son cavum : il touche le bord postérieur du septum, la queue des cornets, et l'orifice pharyngé de ses trompes ; il nettoie également tout le pharynx de ses mucosités.

L'explication de cette habileté extraordinaire est une absence complète du frein de la langue, et surtout le relâchement exagéré de l'aponévrose du voile. Dans la littérature médicale, Tapia a trouvé 8 cas analogues à celui qu'il vient de présenter.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

SÉANCE DU 1er JUIN 1906.

Président : Dr GELLÉ.

Paul LAURENS. — **Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de labyrinthite suppurée.** — L'auteur a suivi chez une malade, pendant la vie, les symptômes d'une labyrinthite suppurée caractérisée par de l'ostéite du canal semi-circulaire horizontal et de l'infiltration leucocytaire dans les espaces péri et endo-lymphatiques et vérifié, par un examen histologique, après la mort, les lésions correspondantes.

Il en tire les conclusions suivantes :

1° Physiologiquement, la destruction du canal semi-circulaire horizontal membraneux s'accompagne du nystagmus horizontal quand le regard se porte du côté sain, ainsi que de vertiges avec chute de côté malade et rotation des objets sur un plan horizontal ;

2° Au point de vue clinique, il est d'importance capitale de tenir compte des variations du nystagmus (Brieger) et de la diminution de la perception osseuse (Lermoyez) ;

3° Cette observation complète, ayant la valeur d'une véritable expérience, fait entrevoir la pathogénie de la labyrinthite suppurée et la voie d'envahissement du labyrinthe, puis des méninges.

Présentations de malades.

1° Boulay. — Jeune fille de 17 ans, coxalgique guérie, atteinte d'otorrhée ancienne et chez laquelle, au cours d'un traitement consistant en curetage prudent des granulations et en attouchements avec des perles de nitrate d'argent, est apparue une paralysie faciale dont Boulay n'a pu trouver l'origine en faisant l'évidement pétro-mastoïdien.

L'auteur se demande si, au cours de la radicale, il aurait dû ouvrir le canal du facial, s'il doit le faire maintenant, s'il doit avoir recours au traitement par l'électricité, ou s'il doit faire l'anastomose du facial avec le spinal ou l'hypoglosse.

Furet déclare incidemment préférer, malgré ses difficultés, l'anastomose hypoglosso-faciale à la spino-faciale.

2° Heckel. — Malade atteint d'hémorrhagie amygdalienne grave au cours d'un morcellement.

G. Gellé cite un cas — et il y en a beaucoup de semblables — où les hémorrhagies amygdaliennes surviennent quelle que soit la prudence et quels que soient les instruments employés.

3° Kœnig. — *a*) Homme de 50 ans, avec dysphonie sans lésions tuberculeuses ou autres, chez lequel les cordes, œdémateuses et flasques, étaient aspirées pendant l'inspiration au point de sembler être les bandes ventriculaires. Un traitement simple — repos de la voix, attouchements au nitrate d'argent à 10 °/₀ — apporta une très notable amélioration.

b) Femme de 40 ans, atteinte d'abcès froid de la fausse corde gauche. Guérison par ponction et cautérisation à l'acide lactique.

4° Lubet-Barbon. — Malade opéré récemment, avec les pinces de l'auteur, d'un volumineux polype naso-pharyngien.

Luc a obtenu, chez un jeune homme de 15 ans, la destruction d'un polype naso-pharyngien en une vingtaine de séances d'électrolyse (courant de 30 à 50 milliampères).

Georges Laurens pense que, dans les cas simples où le polype n'a que des pédicules limités, l'arrachement à l'aide de la pince de Lubet-Barbon fait merveille. Quand les tumeurs sont sessiles, il faut faire précéder l'arrachement d'une rugination. Dans les cas complexes comme il eu l'occasion d'en rencontrer un récemment, il n'est plus possible d'intervenir par les voies naturelles.

5° Furet. — Femme de 40 ans chez laquelle un chirurgien fit une large intervention quelque temps auparavant pour enlever

une tumeur du cavum de la grosseur d'une petite noix, en même temps qu'un ganglion sous-maxillaire droit correspondant. Malgré l'absence de signes objectifs nets de syphilis nasale, Furet, ayant noté de l'indolence de la plaie et l'apparition d'un ganglion du côté opposé, prescrivit les injections mercurielles.

6° Luc. — a) Malade guéri d'ostéo-myélite diffuse du crâne consécutive à une antrite frontale aiguë à staphylocoques et compliquée d'abcès extra et intra-duraux. Après dix mois d'apparente guérison, le malade présenta, cette année, un nouveau foyer extra-dural qui fut largement ouvert, mais qui est à peine cicatrisé aujourd'hui.

b) Jeune fille opérée, suivant le procédé de Petersen-Killian, pour une déviation compliquée de la cloison nasale dont la base, considérablement épaissie, dut être enlevée à l'aide de la gouge et du maillet. L'exécution de ce temps supplémentaire fut facilitée par le décollement de l'aile du nez suivant le sillon naso-labial; après guérison, la cicatrice est pour ainsi dire invisible.

c) Malade présentant, à la suite de gomme syphilitique, une communication bucco-nasale que Luc réussit à obturer à l'aide d'un lambeau taillé aux dépens de la muqueuse gingivale située un peu en arrière et qui put être amenée par glissement jusqu'au contact de la voûte palatine. Toutefois le rapprochement des bords avivés des muqueuses exigea le sacrifice d'une petite molaire saine.

Georges Laurens eut l'occasion de se rendre compte que dans les fistules de cette espèce (il cite le cas particulier d'une fistule sinuso-buccale, il ne faut pas user de demi-mesures et essayer de faire de petites sutures de peu d'étendue le long du rebord gingival; il faut, au contraire, comme le préconise Luc, faire de larges exérèses afin de libérer des lambeaux muqueux étendus.

Mahu rencontra également plusieurs cas de ce genre qu'il répara avec succès après avoir pris, pour le premier cas, le conseil de Luc. Il attire de plus l'attention sur d'autres cas de fistules alvéolaires sinuso-buccales, de petites dimensions, qu'il arriva à combler, sans intervention sanglante, au moyen d'injections de paraffine à froid.

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

SESSION DE 1906.

Réunion à Bruxelles, sous la présidence de M. le Dr J. Lecocq, les 9 et 10 juin 1906.

Le Président souhaite la bienvenue à MM. Bellin, Boulay, Bouyer, Lermoyez, Mahu, Moure, Schüster et Texier, qui ont bien voulu venir apporter leur contribution aux travaux de la session et rehausser, en y prenant part, l'éclat des discussions. Il remercie ses collègues belges de l'avoir élevé à la présidence et rend un hommage ému au fondateur de la Société, le Dr Charles Delstanche.

Il y associe les noms de Schüster père et d'Emile Ménière, qui furent des assidus des réunions de la Société.

Le Secrétaire général fait rapport sur l'exercice écoulé, et le Trésorier expose l'état des finances.

Les candidatures au titre de membre titulaire et de membre correspondant, après avoir été soumises à la Commission spéciale nommée à cet effet, sont déclarées adoptées.

Le Président déclare ouverte la session ordinaire de l'exercice 1905-1906.

I. — Présentation de pièces anatomiques

Trétrôp (Anvers). — **Volumineux abcès du cerveau consécutif à une otite moyenne purulente.** — Observation d'une malade atteinte d'otite moyenne purulente depuis trois mois, amenée sans connaissance à l'hôpital, et qui y fut opérée d'urgence à son entrée.

L'atticotomie avec antrectomie et évidement mastoïdien fit trouver du pus ; le toit de l'antre apparut intact.

Le résultat de l'opération fut très satisfaisant pendant quelques jours : la connaissance revint, il n'y eut ni fièvre, ni vomissements, ni troubles moteurs. Au premier pansement, fait le cinquième jour, la plaie opératoire présentait un bon aspect. Le

sixième jour, la malade s'éteint doucement en l'absence de l'opérateur.

A l'autopsie, on trouva un très volumineux abcès de la moitié postérieure des trois premières circonvolutions temporales et des lésions très réduites d'ostéite guérie du toit de l'antre. On apprit alors qne cette malade avait été traitée antérieurement par des lavages durant trois mois.

Trétrôp insiste sur la nécessité d'opérer après quatre à six semaines au plus les malades atteints d'otite moyenne purulente aiguë qui offrent une déhiscence de la paroi postéro-supérieure du conduit et de la douleur mastoïdienne, et il constate que lorsque les lésions siègent en dehors des centres moteurs, il est souvent impossible d'arriver à diagnostiquer le siège d'un abcès du cerveau ou du cervelet et même de le différencier de certaines formes de méningites.

Discussion.

Cheval (Bruxelles). — Trétrôp nous apporte une nouvelle démonstration du fait observé en clinique, de l'absence de symptômes dans les abcès cérébraux; ce fait est vrai pour les abcès des lobes temporaux droits. A gauche, on aurait pu constater des troubles de cécité verbale.

Moure (Bordeaux). — Etant donné le peu de signes positifs dont nous disposons pour établir le diagnostic des abcès cérébraux, je me demande si la ponction lombaire ne pourrait pas nous renseigner sur l'existence de lésions ayant dépassé l'antre ou la caisse. Peut-être aurions-nous ainsi à notre disposition un élément précieux de diagnostic.

Goris (Bruxelles). — L'absence de localisations est, certes, de nature à nous induire en erreur, mais la présence de phénomènes de localisation peut également nous tromper. A ce sujet, l'auteur rapporte le cas d'une malade qu'il a opérée dernièrement et qui présentait des symptômes bien manifestes d'hémi-parésie. La trépanation au niveau des zones motrices, accompagnée de nombreuses ponctions cérébrales, ne donna aucun résultat. Goris reprit alors la trépanation en partant de la brèche de la mastoïde et fut assez heureux de découvrir un vaste abcès du lobe temporal droit. Il croit, comme Broca et Poirier le recommandent, qu'il est toujours prudent de chercher, malgré les symptômes de localisation, si l'abcès ne siège pas dans le voisinage de la lésion otique.

Trétrôp regrette de n'avoir pas pratiqué dans ce cas la ponction lombaire. Il estime, avec Moure, qu'elle eût pu fournir des indications précieuses. Il partage absolument l'avis de Broca et Goris, quant à la voie à suivre dans les interventions de ce genre.

V. Delsaux (Bruxelles). — **Le rhino-fantôme de Killian en photographie stéréoscopique.** — Le Prof. Killian, en présentant au public médico-spécial son modèle de rhino-fantôme, avait surtout en vue la démonstration des diverses cavités annexielles du nez à un auditoire nombreux.

Par l'agrandissement considérable de la belle pièce anatomique qui lui a servi, il est arrivé à créer un fantôme remarquable de clarté et de précision.

Il m'a semblé que chacun pourrait à peu de frais posséder une reproduction de la pièce du professeur de Fribourg. Et afin de donner à celle-ci son caractère démonstratif, j'en ai fait cinq clichés stéréoscopiques que je vous présente en même temps qu'un stéréoscope pliant, de volume et de prix réduits.

C'est, en somme, le rhino-fantôme de Killian mis à la portée de tous par la photographie stéréoscopique.

La première épreuve nous montre une coupe du sinus maxillaire avec son orifice accessoire, ses récessus et leurs communications avec le système dentaire, ses rapports avec la voûte palatine et les parties voisines.

Dans une deuxième photographie, on voit une coupe sagittale du nez avec ses cornets inférieur et moyen, la bulle ethmoïdale, les cavités frontale et sphénoïdale.

Une troisième plaque nous montre le méat inférieur après enlèvement du cornet du même nom.

Une quatrième nous présente la même coupe après enlèvement du cornet moyen (orifice semi-lunaire et canal naso-frontal).

Enfin, dans une cinquième vue, nous avons devant nous, ouvertes, toutes les cavités accessoires nasales : l'antre frontal, les cellules ethmoïdales antérieures, moyennes et postérieures, l'antre sphénoïdal et les orifices naturel et accessoire de l'antre maxillaire.

Le relief est parfait ; la pièce a gardé son caractère démonstratif. Chacun peut donc posséder et utiliser pour ses études la belle préparation du prof. Killian.

Lecocq (Wasmes). — **Polype géant de la fosse nasale.** — Femme

de 60 ans, souffrant d'obstruction nasale depuis une trentaine d'années, sujette à de fréquentes épistaxis et ayant présenté des troubles congestifs du côté du cerveau. Gêne profonde de la déglutition s'accompagnant de nausées et de vomissements.

La fosse nasale gauche était complètement remplie par une masse polypeuse blanchâtre à surface ridée, descendant dans le cavum et le pharynx en repoussant en avant le voile du palais. Un prolongement de la tumeur affleurait l'orifice narinaire gauche ; il fut extrait immédiatement.

Dans une seconde séance, l'auteur procéda à l'ablation de la masse principale, au moyen de l'anse froide introduite par la bouche. L'anse une fois fixée, une traction énergique amena du même coup l'extraction du polype et celle du cornet moyen sur lequel il était inséré. Hémorrhagie arrêtée par tamponnement postérieur.

Cette tumeur énorme, bilobée, pèse au delà de 100 grammes.

Charles-Emile Delsaux (Liège). — **Tuberculose de la cloison, lupus du nez, coupes microscopiques.** — Il s'agit d'un cas de tuberculose de la cloison nasale, démontré nettement par l'examen microscopique. L'auteur pratiqua, dans une première intervention, le curetage de la cloison suivi de cautérisations galvanocaustiques et d'applications d'acide lactique à 25 %. Récidive trois mois après. Nouvelle intervention. Après avoir détaché l'aile du nez, l'auteur extirpa, cette fois très largement, toute la tumeur, espérant obtenir ainsi la guérison complète. Hélas ! ces espérances furent déçues, car quelques mois plus tard un nodule lupique se développa dans la cicatrice récemment créée.

Delsaux se demande s'il s'agit là d'une simple coïncidence ou s'il n'a pas inoculé dans la surface de section de la peau quelques bacilles de Koch. Il conseille, dans les cas de ce genre, de ne plus intervenir que par les voies naturelles, à l'aide de la pince de Laurens, par exemple, en dépassant largement les limites des tissus malades.

Trétrôp (Anvers) a eu l'occasion d'opérer une tumeur nasale en plein lupus : il a ouvert le nez sur la ligne médiane, enlevé la tumeur au galvanocautère. La malade a guéri ; son lupus ne s'en est pas trouvé plus mal.

Bòval (Charleroi). — **Balle de revolver ayant traversé le larynx.** — En octobre dernier, l'auteur fut appelé auprès d'un in-

dustriel des environs qui venait d'essuyer un coup de feu de la part d'un de ses ouvriers.

Se voyant menacée du revolver, la victime pencha instinctivement la tête pour se la protéger de son bras droit recourbé contre le front.

Le coup fut tiré à bout portant ; la balle traversa le bras, pénétra à l'angle du maxillaire droit, traversa le larynx en sectionnant les deux cordes vocales au niveau de leur tiers antérieur et finit par se loger en dehors du cartilage thyroïde gauche.

Une trachéotomie d'urgence fut pratiquée, mais le blessé refusa de laisser extraire la balle.

Bôval a revu la victime il y a quelques jours : les cordes vocales sont soudées à leur tiers antérieur, la balle est enkystée et à part la voix très étouffée, naturellement, le blessé ne se plaint plus de rien.

La radiographie montre la canule trachéale en place et la balle de revolver située à la partie externe gauche du cou, au niveau de la partie inférieure du cartilage thyroïde.

Bôval (Charleroi). — **Corps étranger de l'œsophage.** — Cette radiographie montre une pièce trouée de dix centimes, en nickel, logée transversalement dans l'œsophage d'un enfant de 4 ans, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale.

L'enfant fut pris d'un accès de vomissement et rendit la pièce de monnaie au moment où l'on se disposait à en pratiquer l'extraction.

Labarre (Bruxelles). — **Laryngocèle ventriculaire.** — L'auteur montre un kyste aérifère, ou plus exactement une laryngocèle du ventricule gauche de Morgagni. A l'examen laryngoscopique, cette tumeur présentait tous les caractères d'un kyste à contenu liquide qui semblait s'être développé aux dépens du repli ary-épiglottique gauche.

Plusieurs ponctions galvanocaustiques furent pratiquées ; mais, voyant qu'aucun liquide ne s'écoulait et que le volume de la tumeur ne se modifiait guère par ce mode de traitement, Labarre se décida à recourir à l'anse galvanocaustique qui enleva d'emblée, avec la plus grande facilité, toute la bulle gazeuse et permit du même coup d'établir le diagnostic vrai de laryngocèle ventriculaire.

L'auteur insiste tout d'abord sur la rareté de faits semblables. La littérature médicale n'a enregistré jusqu'à ce jour que quatre

observations où la laryngocèle était strictement confinée à l'intérieur du larynx. Le plus souvent elle se continue avec une seconde poche nettement extralaryngée ; c'est cette forme que l'on observe très fréquemment chez certains singes et qui a fait, de la part de Meyer, l'objet d'un travail fort intéressant.

Dans le cas présent, il s'agit vraisemblablement d'un prolongement anormal, d'origine congénitale, de la partie antérieure du ventricule de Morgagni. Par suite des efforts de toux accusés par la malade lors d'une atteinte de trachéo-bronchite, le diverticule, obéissant à l'augmentation brusque de la pression aérienne, se sera dilaté pour venir former, dans le larynx, la tumeur précédemment décrite.

Un fait mérite encore d'être noté : c'est que, contrairement à ce qui se produit généralement dans la laryngocèle, le volume de la tumeur ne semblait guère être influencé par les mouvements respiratoires. Labarre croit pouvoir l'attribuer à la grande épaisseur qu'avaient acquise, dans ce cas, les parois du sac aérien.

Il insiste enfin sur le mode de traitement de ce genre d'affection et reste convaincu, bien que la plupart des auteurs conseillent la laryngotomie, que l'ablation de la tumeur par l'anse galvanocaustique est et restera le procédé de choix même lorsqu'il existe une seconde poche extralaryngée, celle-ci pouvant toujours être réséquée par une intervention subséquente.

HAMAIDE (Bruxelles). — **Sténose laryngée consécutive au tubage.** — Larynx d'un enfant de 6 ans qui présente dans la région sous-glottique, et surtout au niveau de l'anneau cricoïdien, du tissu cicatriciel dense ayant amené l'occlusion complète de l'espace respiratoire. Cette sténose cicatricielle était consécutive à l'intubation.

Le Dr CHEVAL eut l'occasion de voir cet enfant à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre. Il proposa de pratiquer la laryngo-fissure, mais cette intervention lui fut refusée. Il se borna alors à dilater la portion rétrécie du larynx à l'aide du dilatateur de Schrötter. Après deux ou trois mois de traitement, l'enfant fut perdu de vue.

Quelques années plus tard, le médecin traitant constata que toute la portion sous-glottique du larynx était obturée par du tissu cicatriciel. Pour remédier à cette complication, il imagina de sectionner le tissu fibreux au moyen d'un bistouri adapté à l'extrémité du manche à intubation d'O'Dwyer. Il réussit ainsi à se frayer un passage dans la partie latérale du tissu cicatriciel. Vou-

lant alors procéder à la dilatation du canal ainsi créé, il y introduisit de bas en haut, par la plaie trachéale, une canule à cheminée en T, dont il se proposait d'augmenter progressivement le calibre de la portion ascendante. Malheureusement, la canule trachéale s'obtura brusquement par des mucosités, et l'enfant mourut asphyxié tandis qu'on le transportait à l'hôpital.

Hamaide pense qu'au lieu de recourir dans ce cas à la trachéotomie secondaire, il eût peut-être mieux valu ne pas abandonner l'intubation, en faisant usage du tube différemment calibré, de façon à varier les surfaces de frottement. On pouvait espérer obtenir ainsi graduellement la guérison. Mais le rétrécissement une fois établi, la thyrotomie avec l'excision du tissu cicatriciel devenait bien certainement le procédé de choix.

Certains opérateurs ont obtenu également de bons résultats en réséquant la portion du larynx sténosée et en suturant le larynx à la trachée.

L'auteur insiste enfin sur la manœuvre audacieuse qui consiste à introduire à l'aveugle une canule tranchante dans une région où il est déjà si difficile de s'aventurer même en s'aidant d'un bon éclairage.

Discussion.

Moure (Bordeaux) appelle l'attention de ses confrères sur les inconvénients graves de la trachéotomie intercrico-thyroïdienne chez les enfants et chez les adoloscents. Lorsque la canule est destinée à rester en place pendant quelque temps, on est presque certain de ne pas pouvoir décanuler les malades.

Moure a décrit, il y a plusieurs années déjà, les lésions consécutives à ce genre de trachéotomie. Le cas présent confirme pleinement ce qu'il a déjà écrit à ce sujet.

II. — Présentation d'instruments

Broeckaert (Gand). — **Pinces à polypes naso-pharyngiens.** — Ces pinces sont destinées à attaquer certains fibromes particulièrement ligneux et mal pédiculés. L'un des modèles sert à faire l'extraction du polype par la voie rétro-palatine ; si toute la masse n'est pas entraînée d'emblée, la pince permet d'en faire le morcellement sans donner lieu à des hémorrhagies inquiétantes. L'autre modèle peut remplir le même but, mais la courbure en

diffère, vu qu'il est destiné à l'extraction du fibrome par une brèche transmaxillo-nasale.

Broeckaert montre ensuite une nouvelle *pince à griffes* pour saisir solidement certains fibromes pendant qu'on détache leur point d'insertion. Elle est construite sur le même principe que la pince pour goitre de Kocher.

Trétrôp (Anvers) présente une **série d'instruments** comprenant :

1° Une *trousse aseptique pour l'examen et les soins à domicile*, basée sur le principe de la séparation complète des instruments aseptiques et des instruments contaminés ;

2° Un *protecteur facial contre les infections professionnelles*, consistant en une très mince lame de celluloïde incurvée et garnie de montures de lunettes ;

3° Une *batterie de poche permettant l'emploi du miroir de Clar*. Il s'agit d'une batterie très légère, du poids d'environ 500 grammes, se plaçant dans une boîte très portative et actionnant des lampes à filament d'osmium de 4 à 6 volts ;

4° Un *transformateur économique de courant urbain pour galvanocaustique*. Ce transformateur, que l'auteur utilise depuis quatre ans, est constitué par une bobine de Ruhmkorff inverse : l'induit est formé par du fil fin, l'inducteur par du gros fil. Dans le socle, il y a un condensateur à large surface. Ce transformateur utilise du courant continu de haut voltage et de faible ampérage et fournit du courant alternatif de faible voltage et de haut ampérage. Le système ne comporte pas de rhéostat. Le réglage se fait en écartant plus ou moins les bobines, dont l'une est à glissière, et aussi en serrant plus ou moins le trembleur.

Labarre (Bruxelles). — **I. Etagère porte-flacons aseptique.** — L'appareil se compose d'une étagère métallique dans laquelle viennent se placer une série de flacons destinés à renfermer les solutions médicamenteuses utilisées couramment par le médecin spécialiste. Le débit de chacun de ces flacons est réglé par une petite poire en caoutchouc. Le liquide s'écoule dans un godet creusé dans une lame de verre et qui peut, par conséquent, être parfaitement aseptisé.

II. Stérilisateur à plusieurs usages. — Cet appareil, d'un volume assez réduit, permet d'obtenir à la fois la stérilisation des instruments, des objets de pansement et, enfin, l'eau stérilisée nécessaire dans la pratique courante.

V. Delsaux (Bruxelles). — **Instruments laryngiens.** — Dans les cas de polypes réduits d'une corde vocale ou de son bord libre, il est souvent fastidieux, pour ne pas dire difficile, de faire l'ablation de ces petites tumeurs à la pince.

L'auteur a fait construire des racloirs à tranchant gauche, droit et inférieur, qu'il emploie selon qu'il s'agit respectivement du bord de la corde vocale droite ou gauche, ou bien de la face supérieure de la corde. Cette instrumentation, bien que n'étant pas applicable à tous les cas, lui a rendu de grands services.

III. — Présentation de malades

Van den Wildénberg (Anvers). — **Ostéo-myélite du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde avec empyème des sinus et de l'orbite.** — Il s'agit d'un nouveau-né qui, au troisième jour de l'accouchement, avait présenté une petite tache rouge au niveau du rebord orbitaire inférieur et interne gauche et qui s'étendait de plus en plus. Quelques jours plus tard, un oculiste fut appelé à examiner l'enfant et constata les symptômes suivants : Exophtalmie très prononcée de l'œil gauche, écoulement de pus de la narine correspondante ; écoulement identique au niveau d'une fistule du palais osseux et existence d'une fistule au niveau de la fosse canine qu'il s'était vu obligé de débrider au-dessous de l'angle interne de l'œil pour donner issue au pus.

Il n'y avait pas de tares du côté de la mère ; le mari, bien portant, est issu d'une famille tuberculeuse. Le médecin traitant n'a jamais constaté de maladies vénériennes chez les parents. La mère a eu deux enfants et une fausse couche. L'aînée des enfants est bien constituée, mais atteinte de surdité.

Comme le démontre très bien la photographie stéréoscopique que l'auteur présente, le bébé paraît bien conformé ; on distingue nettement l'incision pratiquée par le médecin oculiste et l'exophtalmie de l'œil gauche, qui est portée en haut et en dehors. L'examen nasal montre la narine gauche remplie de pus. La sonde, portée en haut et en dehors dans la région ethmoïdale, fait recueillir une sensation d'os à nu. La fosse nasale gauche est indemne.

L'examen du pharynx buccal montre une traînée purulente sur la paroi postérieure. A l'ouverture de la bouche, on distingue encore un suintement purulent à deux endroits différents, notam-

ment au niveau de la voûte palatine et au niveau de la fosse canine : c'étaient deux fistules; celle de la face antérieure était la plus large, et le sondage permit de constater que la cavité dans laquelle elle conduisait avait une longueur de 1 centimètre et demi et une largeur d'environ 1 centimètre. L'enfant fut opérée le lendemain.

Incision partant de l'apophyse nasale du frontal, longeant le bord interne de l'orbite et une partie du rebord orbitaire inférieur. Les parois interne et inférieure de l'orbite furent dépériostées jusque près du trou optique. Au niveau de la lame papyracée de l'ethmoïde, on sentait, à différents endroits, de petits séquestres qui furent aisément enlevés à la pince ; il y avait également quelques petites niches ébauchant des cellules ethmoïdales et deux cellules ethmoïdales plus volumineuses complètement fermées et renfermant du pus. L'auteur établit une large communication avec le nez et fit un drainage à la gaze iodoformée, entre l'orbite et le nez.

Pour éviter toute intervention sur la face antérieure du maxillaire, afin d'empêcher la destruction des follicules dentaires, l'auteur pratiqua la perforation de la paroi interne de l'antre d'Highmore à l'aide d'une pince coudée.

L'exophtalmie a été totalement guérie ; la rhinorrhée, beaucoup diminuée, a persisté encore trois semaines pendant lesquelles il y a eu élimination de cinq petits séquestres. La sinusite maxillaire, plus rebelle, fut traitée par des lavages. Comme il s'agissait vraisemblablement d'une nécrose syphilitique congénitale, l'auteur administra, au cours du traitement, de petites doses de calomel.

Il résulte de cette observation que l'on peut avoir à soigner chez les nouveau-nés, non seulement des empyèmes de l'antre maxillaire, mais encore des empyèmes des cellules ethmoïdales.

Van den Wildenberg (Anvers). — **Kyste du sinus maxillaire.** — Malade opéré pour un volumineux kyste extériorisé du sinus maxillaire gauche d'origine dentaire (incisive latérale). A ce propos, l'auteur attire l'attention sur un symptôme presque constant signalé par Gerber, qu'il a rencontré dans la plupart des kystes d'origine dentaire : présence d'une tumeur bleuâtre, rénittente, au-dessous de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Ce symptôme montre la grande importance de l'examen rhinoscopique pour le diagnostic des kystes maxillaires.

Pour pratiquer la cure radicale de cette tumeur, l'auteur a taillé

un lambeau de muqueuse en commençant près du bord libre de la lèvre supérieure, pour aller de bas en haut jusqu'au sillon gingivo-labial, atteignant ensuite le niveau de celui-ci et, enfin, la paroi antérieure du sinus. Ce lambeau très long, appliqué après la résection de la paroi osseuse sur le plancher du sinus, tient bien en place, ne gêne pas les mouvements des lèvres et comble rapidement la cavité sinusale.

COLLET (Bruxelles). — **Une série d'opérés d'évidement ethmoïdal par voie endonasale.** — Parmi la série des malades opérés d'évidement ethmoïdal dans le service du Dr Delsaux, j'ai choisi ceux qui me paraissaient les plus intéressants : en effet, porteurs d'affections anciennes et rebelles, ils avaient déjà subi, pendant de nombreuses années, des traitements divers dans les différentes cliniques du pays, et cela avec une désespérance croissante.

D'une façon générale, leur symptomatologie est la même : obstruction nasale et écoulement nasal persistant, anosmie, etc., céphalée tantôt frontale, tantôt interoculaire, tantôt au vertex, tantôt à la nuque.

Mais ce dont ces malades souffrent surtout, c'est d'un état de congestion cervicale continuelle, de tension sanguine de tous les organes des sens : yeux, nez, oreilles, larynx; de vertiges, de bourdonnements, d'éblouissements qui font de ces malades des désespérés ou des névropathes, et en tous cas des inférieurs dans la lutte pour la vie.

Ces nez, faut-il le dire, étaient tous polypeux, désespérément polypeux : les malades connaissaient à merveille le maniement de l'anse froide, de l'anse galvanique, etc. Un instrument leur était cependant inconnu : la pince de Luc, à laquelle le Dr Merckx a eu l'idée d'associer l'articulation de la pince de Grünwald.

Avec cet instrument, une fois les organes insensibilisés à la cocaïne, j'ai enlevé avec facilité, d'abord la tête du cornet moyen, puis le cornet complètement, puis les petits polypes restants, cachés jusque dans les dernières petites cellules ethmoïdales. C'est la découverte de ces menus polypes, à aspect de bourgeons charnus, faite huit à quinze jours après chaque intervention, qui déterminait et guidait une opération suivante. J'ai été ainsi amené à pratiquer à peu près sur chacun de ces malades dix à vingt interventions.

Ce traitement pénible et long demande de la part du patient beaucoup de confiance et de courage et de la part du médecin beaucoup de constance et de persévérance; mais en revanche, il

peut venir à bout de tous les polypes du nez, symptomatiques ou non, avec ou sans sinusite concomitante. En effet, cet évidement ethmoïdal constitue un « vrai » débouchage de tous les orifices sinusaux en même temps qu'une large voie de drainage des cavités suppurantes : une fois le canal naso-frontal dégagé, on voit les symptômes de sinusite frontale s'amender ; ouvre-t-on le sinus sphénoïdal, on voit sa suppuration se tarir.

Après la guérison de tant de cas, je me suis demandé s'il ne serait pas désirable, avant de pratiquer ces belles mais sanglantes opérations de pansinusites de la face, de voir appliquer auparavant, d'une façon systématique, cette opération peu brillante, mais assurément avantageuse : l'évidement ethmoïdal par voie endonasale.

Goris (Bruxelles). — **Phénomènes récurrentiels consécutifs à une thyroïdectomie.** — Jeune fille de 15 ans qui s'est présentée à l'auteur, il y a un an, se plaignant de phénomènes d'oppression et d'une sensation de gêne au niveau du corps thyroïde. Il y avait, en effet, à ce niveau une légère voussure correspondant à une hypertrophie en apparence peu importante du corps thyroïde. Du côté de la trachée, on ne constatait aucune compression. Le traitement à l'iodure de potassium, institué à diverses reprises pendant plusieurs mois, resta inopérant. Goris garda la malade en observation pendant un an et l'opéra il y a trois semaines à sa demande expresse. Il lui enleva une grosse tumeur thyroïdienne qui était aux quatre cinquièmes rétrosternale. Au moment de basculer la tumeur hors de la poitrine, la malade eut un violent spasme de la glotte qui cessa dès que l'opérateur coupa la tumeur en deux pour arriver sur la trachée et faire la trachéotomie : celle-ci put, toutefois, être évitée. Les deux récurrents ont été fortement tiraillés, mais non coupés, attendu que le nerf du côté droit a été disséqué en lui laissant adhérent du tissu thyroïdien ; le récurrent gauche a, de plus, été pincé pendant la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure. Au laryngoscope, on constate que les deux cordes vocales sont immobiles en une sorte de demi-tension, comme on en voit au début de la compression du laryngé par un carcinome de l'œsophage.

Discussion.

Moure (Bordeaux) n'a pas examiné laryngoscopiquement la malade présentée par Goris, mais il est convaincu que, comme sa voix est conservée, il n'y a pas de paralysie des adducteurs.

Pour ce qui concerne l'ablation du goitre, il se demande si Goris a des raisons pour faire la thyroïdectomie au lieu de pratiquer l'énucléation intra-glandulaire, qui met beaucoup plus sûrement les récurrents à l'abri de toute lésion.

Broeckaert (Gand) a examiné attentivement les cordes vocales de la malade présentée par Goris. Il émet des doutes quant au retour *ad integrum* du fonctionnement des cordes vocales.

Goris répond qu'il est impossible de dire d'avance le procédé auquel on aura recours ; au reste, comme Kocher l'a dit, l'énucléation n'est pas une opération aussi inoffensive qu'on se l'imagine, étant donnée la présence de veines parfois énormes, qui se déchirent au moindre contact.

Quant aux lésions récurrentielles observées chez la malade, il est certain : 1° que le nerf droit n'a pas été touché ; 2° que du côté gauche, il a blessé légèrement le récurrent en pinçant la thyroïdienne inférieure, mais il est convaincu que la régénération nerveuse se fera dans ce cas. Il représentera cette malade à l'occasion de la prochaine réunion.

Goris (Bruxelles). — **Résection totale du maxillaire pour carcinome du maxillaire supérieur, de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal.** — Ce malade est présenté en raison de l'origine de la tumeur maligne, qui prit naissance dans le sinus sphénoïdal, détruisit l'ethmoïde et envahit le maxillaire inférieur tout entier.

L'auteur avait craint que la vie de la malade ne souffrît de l'opération, car il dut disséquer le néoplasme d'avec les muscles de l'œil, poursuivre la tumeur dans le sinus sphénoïdal dont il réséqua les parois inférieure, interne et externe. Cette dernière manœuvre surtout était dangereuse quand on songe au rapport étroit que présente à ce niveau le nerf optique : la vue est cependant demeurée intacte.

Jaumenne (Bruxelles). — **Un cas de trépanation mastoïdienne et de cure radicale d'otite suppurée opéré à l'état de veille, sans anesthésie et sans douleur.** — C'est l'histoire d'un malade atteint de carie de l'oreille moyenne et présentant des symptômes d'hystérie, entre autres de l'anesthésie profonde de la caisse, du conduit auditif et de la région rétro-auriculaire. Ce sont ces symptômes qui ont déterminé Jaumenne à l'opérer à l'état de veille. Durant l'intervention, le patient n'a manifesté aucune douleur. L'opération terminée, il s'est levé et a déclaré n'avoir pas souffert. C'est là un cas curieux d'anesthésie osseuse profonde hystérique.

BROECKAERT (Gand). — **Cas d'ozène guéri par des injections sous-muqueuses de paraffine depuis plus de trois ans.** — Femme de 23 ans, présentée à la réunion des oto-laryngologistes belges en 1903, pour un coryza atrophique, ozénateux, typique, guéri en cinq séances, par des injections de paraffine liquéfiée. Depuis cette époque, on n'a plus institué le moindre traitement, et malgré l'*absence de lavages*, la guérison s'est maintenue : plus de croûtes, plus d'odeur, plus de céphalée ; l'odorat est complètement revenu.

Broeckaert a revu la plupart des cas qu'il avait traités par la paraffine, il y a trois et quatre ans : tous les résultats se sont maintenus sans aucun traitement postérieur.

Discussion.

LERMOYEZ (Paris). — La malade présentée par Broeckaert offre un grand intérêt au point de vue de la pathogénie de l'ozène.

Grâce aux injections de paraffine, son ozène est guéri et demeure guéri depuis trois ans, en ce sens qu'elle n'a plus de croûtes ni de sécrétions fétides.

Mais elle présente, de plus, un fait très important : c'est un élargissement très notable des fosses nasales. Ce qui prouve, une fois de plus, que l'élargissement des fosses nasales n'est pas la cause de l'ozène, et que les injections de paraffine n'agissent pas en diminuant le calibre des fosses nasales, mais bien en modifiant la nutrition de la muqueuse, fait signalé déjà dans les travaux de Broeckaert.

CAPART père (Bruxelles). — **Fibromes naso-pharyngiens.** — Présentation d'une série de malades atteints de fibromes naso-pharyngiens améliorés ou guéris par la méthode électrolytique.

Discussion.

MOURE (Bordeaux). — Les cas que vient de nous présenter Capart fixent, une fois de plus, le siège ou plutôt le point d'implantation des polypes fibreux naso-pharyngiens ; ces tumeurs, en effet, ne sont pas insérées, comme l'écrivent les auteurs classiques, dans le naso-pharynx, mais bien dans l'une des fosses nasales.

Ce fait est important à connaître au point de vue du mode d'intervention, la voie palatine convenant particulièrement aux tumeurs faisant saillie dans le cavum, la voie transmaxillo-nasale étant utilisable pour les polypes faisant saillie dans la fosse nasale.

Enfin, il serait intéressant de fixer la nature pathologique de ces tumeurs, à savoir celles qui peuvent récidiver et celles qui ont, au contraire, une tendance à disparaître, car l'opérateur ne doit jamais compter sur une ablation assez complète pour affirmer qu'il n'a pas laissé l'amorce d'une récidive. Nous savons seulement que les polypes naso-pharyngiens ont une tendance à disparaître au delà d'un certain âge.

Lermoyez (Paris). — La récidive des polypes naso-pharyngiens est généralement due à leur structure plutôt qu'à la façon dont on les opère. Récidivent plutôt les polypes naso-pharyngiens de type jeune à prédominance d'éléments jeunes, même opérés complètement, que les polypes de type fibromateux, formés d'éléments adultes, même incomplètement opérés.

Goris serait heureux de revoir, à la prochaine réunion, l'un des malades présentés par Capart, car il existe encore chez ce malade un pédicule large de deux doigts, implanté sur l'apophyse basilaire. C'est là le côté intéressant de la méthode, car il est établi que, même après rugination complète du point d'insertion, l'on a vu des récidives.

Schiffers (Liège). — **Epithélioma du larynx.** — L'auteur donne des nouvelles d'un malade dont il avait présenté des préparations microscopiques caractéristiques d'épithélioma du larynx à la séance de juin 1904.

Lésion exactement unilatéralisée à gauche. Tumeur du volume d'un gros haricot, ayant les caractères cliniques de l'épithélioma. Insertion au bord interne et à la face inférieure de la corde vocale, avec envahissement de la région sous-glottique.

A la suite de différentes interventions endolaryngées et en présence de récidives, une thyrotomie proposée au malade fut déclinée, au moins momentanément. Après de nouvelles tentatives, aucune récidive ne s'est plus montrée jusqu'il y a deux mois, date à laquelle Schiffers a vu le malade pour la dernière fois. Il n'avait plus qu'une légère dysphonie et l'état général était très satisfaisant.

Parmentier et Fallas (Bruxelles). — **Papillomes des cordes vocales.** — Enfant de 6 ans, souffrant par intermittences de crises dyspnéiques avec raucité de la voix et bruit inspiratoire perceptible à distance. Début des accidents il y a quatre mois, à la suite d'un refroidissement.

A l'examen laryngoscopique, on voit, au-dessus des bandes ven-

triculaires, dans la région correspondant aux fausses cordes, des productions polypoïdes rouges, mamelonnées, sessiles, cachant les cordes vocales et obstruant la moitié antérieure du larynx.

Aucune intervention n'a été tentée jusqu'ici ; avant d'y procéder, les auteurs désirent avoir l'opinion de leurs collègues.

Discussion.

L. Beco est d'avis qu'il ne s'agit pas de papillomes, mais bien d'une forme hypertrophique de laryngite, greffée probablement sur un terrain tuberculeux. Il ne croit pas à l'utilité d'une intervention sanglante, et préfère les caustiques locaux et mieux encore les simples modificateurs.

Moure est partisan de l'ablation à la pince suivie de curetage et cautérisation.

Bayer et Capart père pensent également qu'il s'agit de proliférations inflammatoires, mais non de papillomes vrais.

Fallas (Bruxelles). — **Quelques cas de sténose laryngée.** — 1° *Rétrécissement du larynx avec paralysie de la corde vocale gauche.* — Un homme de 20 ans, voulant se suicider, se trancha le larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. La suture des parties intéressées fut faite soigneusement et le malade sortit guéri de l'hôpital. Toutefois, l'image laryngoscopique n'était pas normale : il y avait, au-dessous de la corde vocale gauche, une saillie qui, dans la suite, devait amener des accidents de sténose.

Brusquement, le malade fut pris d'accès de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie. Quand on voulut le décanuler, les accès se reproduisirent et il fallut maintenir ouverte la plaie trachéale. Le malade examiné à ce moment présentait de la sténose, due à la rétraction cicatricielle englobant la partie gauche du larynx et la corde vocale du même côté ; la corde vocale droite était parésiée.

Très rapidement l'occlusion se fit complète, tandis que les cordes, rouges et en adduction, empêchaient de voir la région sous-glottique.

L'ouverture du larynx par voie externe montra qu'il s'agissait réellement de sténose sous-glottique complète, située entre la glotte et la plaie faite par trachéotomie.

Une longue canule fut placée, allant de la membrane crico-thyroïdienne jusqu'en dessous du rétrécissement et le larynx fut refermé par sutures.

Le lendemain, il fallut supprimer cette canule qui gênait considérablement le malade et, menaçant de s'obstruer, mettait sa vie en danger; elle fut remplacée par une canule ordinaire en situation basse.

Afin d'éviter une sténose nouvelle, on fit de nombreuses séances de dilatation, à l'aide des tubes d'O'Dwyer et des dilatateurs de Schrötter. Mais ces tentatives furent vaines, et actuellement la sténose s'est reproduite. Il ne subsiste qu'un pertuis de quelques millimètres par où l'air passe quand le malade se décanule ; la paroi gauche du larynx est rouge ; la corde vocale invisible semble être comprise dans la rétraction ; mais la muqueuse de cette paroi se plisse et forme une sorte de corde vocale adventice qui se met au contact de la corde vocale droite, laquelle est redevenue parfaitement mobile.

Il faut noter que, durant les premiers jours qui suivirent la laryngectomie, la voix était absolument claire.

La seule explication plausible de la paralysie vocale droite passagère est l'immobilité par inutilité de fonction. Quant à la corde gauche, elle est restée enclavée dans le tissu cicatriciel et conséquemment semble à jamais perdue.

L'auteur voudrait savoir si l'on doit tenter une intervention nouvelle, quelle serait éventuellement l'opération à faire et quels résultats on peut en attendre.

2° *Abcès sous-glottique. Sténose consécutive.* — Un enfant de 12 ans, en proie à l'asphyxie, fut amené à l'hôpital Saint-Jean. Des tentatives de tubage étant restées infructueuses, on fit la trachéotomie intercrico-thyroïdienne. Un flot de pus s'écoula, le lendemain, au moment du pansement. Pas de diphtérie.

Au miroir laryngoscopique, on voit un abcès sous-glottique en bissac avec cratère sous la corde gauche. Après guérison de l'abcès, décanulation impossible.

Nombreuses séances de dilatation aux tubes d'O'Dwyer et aux mandrins de Boulay. Résultat nul.

Plus tard, les fausses cordes s'infiltrèrent, se gonflèrent, devinrent tomenteuses, cachant la glotte et les régions plus profondes.

Laryngotomie et résection de nombreux bourgeons sous-glottiques et de tissu cicatriciel épidermisé.

La canule trachéale fut mise en situation basse.

Dans la suite, la sténose tendant à se reproduire, nouvelle série de dilatations restées définitivement infructueuses.

Actuellement le malade portant toujours sa canule se trouve plutôt mieux. Mais doit-il rester définitivement canulard ?

3° *Cas de sténose laryngée pour diagnostic.* — Un homme de 61 ans, ayant contracté la syphilis il y a dix ans, fut pris d'aphonie rapide, sans fièvre, ni douleurs, ni toux. Quelques jours plus tard, il vint consulter le Dr Delsaux qui trouva le larynx infiltré, rouge dans sa moitié droite; la muqueuse ne présentait aucune trace d'ulcération, mais sécrétait du muco-pus en abondance.

Les émollients, les résolutifs, le mercure seul et associé à l'iodure n'amenèrent pas de résultat appréciable. Toutefois la gêne diminua du côté droit et se reporta à gauche dans la suite. En novembre dernier, soit plus d'un an après le début des accidents laryngés, le malade revint à la consultation en proie à de la dyspnée intense qui nécessita la trachéotomie.

A ce moment, les cordes vocales étaient infiltrées, très rouges, ne laissant entre elles qu'un passage insuffisant pour la respiration. Toute la moitié gauche du larynx était augmentée de volume, douloureuse au toucher.

Sous l'influence du repos de l'organe et des enveloppements humides, les phénomènes aigus s'amendèrent et le malade sortit de l'hôpital en voie d'amélioration réelle; la voix redevint assez claire, la tuméfaction du larynx passa à résolution, l'état général se releva.

Mais vers la fin janvier, sous l'influence d'un refroidissement, des accidents nouveaux survinrent. Le malade se plaignit de dysphagie, de salivation abondante, de douleurs sourdes dans tout le larynx, qui avait de nouveau augmenté de volume d'une façon considérable et surtout aux dépens du côté droit.

Actuellement l'état s'est encore aggravé : le malade perd l'appétit, dort mal; il a maigri, ne tousse pas, n'a pas d'expectoration ; l'état général, quoique déprimé, n'est pas profondément altéré.

Quant à l'image laryngoscopique, elle est bien difficile à définir. Les cordes vocales et les aryténoïdes ont disparu, masqués par un tissu granuleux rouge qui a envahi tout le larynx jusques et y compris les replis aryténo-épiglottiques. Nulle part on ne perçoit de ganglions le long du cou.

En présence de ces alternatives de mieux et de pire, de ces déplacements de l'affection de droite à gauche pour se reproduire plus tard avec maximum à droite, il devient difficile de poser un diagnostic ferme. Prise pour spécifique au début, l'affection fut supposée être cancéreuse, puis tuberculeuse. Plus tard, on pencha vers la chondrite et la périchondrite. Actuellement encore, c'est à ce dernier diagnostic que l'on doit s'arrêter, semble-t-il.

Discussion.

Schiffers croit à la nature carcinomateuse de cette affection.

Capart père estime qu'il s'agit d'une manifestation syphilitique, malgré que la cure mercurielle seule ou associée à l'iodure, même à haute dose, soit restée sans résultat. Il conseille les injections intra-musculaires de calomel à doses massives ; elles ont eu une action très marquée dans des cas de l'espèce.

Goris prie Fallas de tenir les membres de la Société au courant des résultats que donnera la dilatation dans les deux cas de sténose qu'il a présentés précédemment à celui-ci.

Van Swieten (Bruxelles). — **Extraction d'un corps étranger de la bronche par trachéotomie.** — Appelé d'urgence près d'une enfant de 11 ans qui avait avalé un petit ballon auquel était adapté un sifflet de bois, Van Swieten trouva la fillette respirant normalement, répondant d'une voix nette, n'accusant ni gêne ni douleur. Au moment de l'accident, elle avait failli étouffer. Le larynx de même que la trachée paraissent libres à l'examen laryngoscopique. La radioscopie n'indique rien. Mais subitement l'enfant se cyanosa à nouveau. Van Swieten pratiqua alors une trachéotomie basse, qui permit la respiration, mais qui ne supprima pas la gêne. Dans la lumière du conduit trachéal, de la glotte aux bronches, l'exploration ne décela pas d'obstacle.

Une canule fut mise en place, mais les phénomènes asphyxiques reparurent et la canule dut être retirée. L'auteur excita alors la muqueuse trachéale et détermina ainsi un accès de toux qui fit apparaître soudain le corps étranger, qui fut enlevé immédiatement à l'aide d'une pince.

La trachée fut ensuite suturée dans sa partie inférieure et la canule fut remise en place pendant quarante-huit heures, à cause de l'apparition d'un emphysème sous-cutané. L'enfant se rétablit rapidement.

IV. — Rapport

Duchesne (Liège). — **Traitement chirurgical des rétrécissements de l'œsophage.**

Discussion.

CHEVAL (Bruxelles) félicite Duchesne pour son beau travail ; il croit cependant que l'auteur aurait dû insister davantage sur les dangers inhérents aux méthodes d'exploration directe de l'œsophage.

Il cite deux cas où l'introduction d'instruments d'exploration (œsophagoscope et sonde rigide) entraîna la mort du malade par perforation de la paroi œsophagienne. Cheval préconise l'examen radioscopique, qui semble actuellement un peu trop délaissé et qui devrait, en tout cas, toujours précéder les autres procédés d'exploration, attendu qu'il est inoffensif.

DE STELLA (Gand) admet avec Cheval que l'exploration de l'œsophage malade par un instrument dur n'est pas dépourvue de dangers. Il croit toutefois que ce reproche ne doit pas s'adresser à l'œsophagoscope, qui doit toujours être manœuvré sous le contrôle de la vue, mais bien à l'inexpérience des opérateurs.

LERMOYEZ cite un fait où la radioscopie après repas d'essai avait fait reconnaître l'évidence d'un cancer de l'œsophage et où l'œsophagoscopie montra l'existence d'une fissure du pharynx inférieur avec spasme de l'œsophage amenant l'impossibilité de pénétration du bol alimentaire. Une simple cocaïnisation de la fissure suffit à amener la guérison du malade.

MOURE relève tout d'abord une légère erreur qui s'est glissée dans le rapport de Duchesne et que l'on retrouve d'ailleurs dans tous les classiques, à savoir que les parois œsophagiennes ne sont pas accolées, ainsi qu'on le croit généralement. Il insiste ensuite sur le point que vient de rapporter Lermoyez et qui démontre l'importance de l'œsophagoscopie et son utilité incontestable.

BECO. — Vraisemblablement, le malade dont vient de parler Lermoyez a toujours été examiné à l'état de veille. Je crois que l'examen sous narcose est trop souvent oublié et il est probable que, dans le cas présent, il eût fait abandonner le diagnostic de sténose organique.

TRÉTRÔP, désireux de réhabiliter l'œsophagoscope, rapporte le cas d'un avaleur de sabres qui s'était blessé au cours de ses exercices. Traité par dilatation pendant quatre mois, il se présenta à la clinique de Trétrôp ne sachant plus avaler du tout. L'œsophagoscopie fit voir un rétrécissement situé à $17^{cm},5$ des arcades dentaires. Un fin porte-ouate de Killian, garni d'un tampon imbibé de

cocaïne adrénalisée, franchit le rétrécissement et fut poussé dans l'estomac. Le même soir, le malade put se nourrir, mais la sténose réapparut complète dès le lendemain. Le malade fut envoyé en chirurgie. Opéré d'œsophagostomie externe, il succomba quelques jours plus tard. A l'autopsie, on constata que les données fournies par l'œsophagoscope étaient exactes et qu'il y avait, en outre, un volumineux abcès rétro-œsophagien.

CAPART fils est d'accord pour affirmer l'excellence des nouvelles méthodes d'examen, mais il désire insister sur l'ordre de leur emploi. L'examen radioscopique devra toujours précéder l'introduction d'un instrument quelconque dans l'œsophage. On vient de signaler récemment encore deux cas de mort à la suite de manœuvres bronchoscopiques.

V. — COMMUNICATIONS DIVERSES

Séance de l'après-midi à l'Institut de physiologie.

Prof. MOURE (Bordeaux). — **Phlébite suppurée des sinus.** — Sur 750 cas de cure radicale de l'otorrhée, Moure a rencontré 15 cas de phlébite suppurée, dont 7 cas ont été suivis de décès. Douze fois c'était le côté droit qui était entrepris.

Le diagnostic de cette affection est quelquefois très difficile à faire; c'est ainsi que, dans deux cas, l'auteur n'a pas constaté la moindre oscillation thermique; dans un autre cas, il a pu remarquer que l'abcès sinusien se drainait par la caisse.

Contrairement à ce qui est admis par presque tous les auteurs, Moure n'a jamais rencontré de sinusite suppurée sans qu'il y eût des *battements très énergiques de la paroi sinusienne.*

Quant au mode de traitement, l'auteur est partisan d'un large drainage, mais il ne pratique jamais la ligature de la jugulaire.

Capart fils rappelle que les notions anatomiques expliquent la plus grande fréquence des thrombo-phlébites du côté droit.

LERMOYEZ (Paris). — **Bruits d'oreilles et déchloruration.** (Paraîtra *in extenso.*)

BROECKAERT (Gand). — **Inclusion normale et pathologique de paraffine molle et de paraffine solide dans les tissus. Projection**

de coupes microscopiques. — L'auteur a étudié, sur de nombreuses pièces anatomo-pathologiques, le sort des différentes paraffines employées pour la prothèse. Il démontre qu'au bout d'un temps plus ou moins long la vaseline et la paraffine molle finissent par être résorbées et remplacées par du tissu connectif.

Si cette substitution se fait graduellement, sans réaction trop vive, le résultat éloigné reste bon ; mais si, pour l'un ou l'autre motif, il se produit, soit au moment de l'injection, soit plus tard, une cause d'irritation nouvelle, l'hyperplasie réactionnelle normale devient pathologique et elle donne lieu à des désordres plus ou moins graves.

A l'appui de cette thèse, l'auteur montre plusieurs coupes où des injections de vaseline et de paraffine molle ont produit des pseudo-tumeurs qui ont des rapports morphologiques avec certains fibro-sarcomes et même avec le tissu pseudo-tuberculeux. On ne peut cependant parler de néoplasie parce que tout le tissu réactionnel aboutit à la transformation en tissu fibreux.

La paraffine solide, du moins celle à point de fusion supérieur à 0°, semble échapper à la résorption ; les alvéoles de paraffine finissent par s'entourer de tissu fibreux compact qui ne présente plus de bordure de jeunes éléments en voie d'organisation.

La paraffine solide à 50° a donc des avantages incontestables, pour la prothèse externe, sur les paraffines à point de fusion trop bas. La clinique est venue démontrer ceci, puisque sur 210 cas de prothèse nasale faite par l'auteur il n'y a eu aucun mécompte quelque peu sérieux : certains résultats se maintiennent déjà depuis plus de quatre ans.

Broeckaert (Gand). — **Sur l'étiologie de l'ozène avec projection de coupes microscopiques).** — Par l'étude d'un grand nombre de coupes de muqueuse prélevée à des ozénateux, atteints à des degrés variables, Broeckært est amené à considérer l'ozène comme une inflammation chronique spéciale de la pituitaire, des cornets inférieurs en particulier, aboutissant à la longue à la sclérose diffuse de la muqueuse. Les altérations les plus importantes sont la dégénérescence cornée des couches supérieures de l'épithélium et les altérations dégénératives des glandes de la muqueuse respiratoire ; par suite des modifications des vaisseaux, il s'établit des *troubles nutritifs* qui ont leur retentissement sur la muqueuse, l'os et le périoste. Les lésions sont beaucoup moindres dans la muqueuse du système ethmoïdal qui participe, dans les cas avancés, à l'atrophie.

L'étude histologique approfondie de la muqueuse atteinte d'ozène montre qu'il s'agit d'une *toxi-infection chronique*.

Ni la syphilis, ni la tuberculose ne peuvent être considérées comme des facteurs directs de cette affection ; par contre, la *parasyphilis* et surtout la *paratuberculose* peuvent déterminer cette toxi-infection qui agit spécialement sur les vaisseaux et les glandes de la pituitaire, lorsqu'il existe certaines *causes prédisposantes*, la platyrrhinie par exemple. Cette théorie expliquerait pourquoi tant d'ozéneux deviennent tôt ou tard des tuberculeux

Mahu (Paris). — **De l'efficacité du traitement ioduré dans la syphilis tertiaire des fosses nasales.** — L'emploi de l'iodure de potassium est indiqué dans tous les cas de syphilis tertiaire et en particulier contre les gommes, ulcères et exostoses. Le plus souvent on l'associe au mercure, mais il ne paraît pas douteux qu'il suffise à lui seul pour enrayer la marche de l'affection. L'auteur a eu fréquemment l'occasion de vérifier ce fait dans le *tertiarisme nasal* et les deux observations suivantes en sont une démonstration nouvelle.

Homme de 33 ans, ayant contracté la syphilis à l'âge de 21 ans. Très mal soigné, il présenta un véritable évidement nécrotique des fosses nasales formant une vaste cavité à parois recouvertes de pus. Céphalées intenses. Injections d'huile grise hebdomadaires.

Malgré ce traitement, l'affection continua ; on vit même apparaître une exophtalmie énorme, produite par une exostose volumineuse du bord orbitaire inféro-interne. Des injections de biiodure ne donnèrent pas de meilleur résultat.

Abandonnant alors le traitement mercuriel, l'auteur recourut à l'iodure en commençant par 4,5 gr. et en arrivant rapidement à 8 grammes par jour. Amélioration presque immédiate ; sécrétions moins abondantes ; l'exophtalmie diminua, et en quinze jours tout était rentré dans l'ordre, y compris la céphalée. Récidives à plusieurs reprises par suite de l'inconstance du malade qui néglige son traitement. Mais ces récidives disparaissent rapidement par l'ingestion de petites quantités d'iodure *sans association de mercure.*

Le deuxième cas, qui concerne une femme de 42 ans, est tout aussi démonstratif. Tant que le mercure a été employé seul, les résultats furent absolument nuls. Il a fallu l'iodure pour arriver à la guérison.

Des faits qui précèdent, et d'autres similaires assez nombreux, l'auteur pense pouvoir conclure que l'iodure a une prédilection marquée pour les affections tertiaires des fosses nasales : aussi croit-il qu'il y a toujours lieu d'appliquer d'emblée le traitement mixte en observant les règles suivantes :

I. — Administrer le mercure et l'iodure isolément, de manière à faire varier les doses relatives des deux médicaments avec tendance à forcer en iodure et à réduire en mercure le plus tôt possible.

II. — Employer de l'iodure de pureté absolue.

III. — Donner d'emblée de fortes doses : 5, 6, 7 et même 8 grammes.

Delneuville rappelle un cas qui corrobore absolument l'opinion de Mahu.

Collet cite un cas où l'iodure n'a pas donné de résultat, il a suffi de deux injections de salicylate de mercure pour amener une amélioration immédiate.

Texier (Nantes). — **Des sinusites maxillaires caséeuses. Symptomes et diagnostic.** — La récente communication du Dr Luc à la Société française de laryngologie sur la *Guérison spontanée de l'antrite maxillaire par caséification du pus*, a engagé l'auteur à examiner la symptomatologie et le diagnostic de cette affection d'après les cas publiés, d'après ses observations personnelles et enfin d'après quelques cas que le Dr Moure lui a communiqués.

De ces observations il résulte qu'il y a deux formes de sinusite maxillaire caséeuse : l'une, légère, comparable aux sinusites maxillaires chroniques d'origine dentaire ou nasale ; l'autre, grave, qui se présente avec les caractères d'une tumeur maligne ou d'une lésion syphilitique tertiaire du sinus.

Tandis que dans la première de ces formes quelques lavages transméatiques suffisent pour amener la guérison, il n'en est pas de même de la forme grave qui nécessite un traitement rapide et énergique si l'on veut enrayer la formation de cholestéatomes nasaux, déformant les fosses nasales et fistulisant les parois sinusiennes. L'auteur rapporte trois observations de cette forme grave, qui se caractérise par l'odeur nauséabonde des sécrétions, la présence de caséum dans les fosses nasales et surtout par une opacité extrêmement prononcée du sinus à la diaphanoscopie.

Le traitement consistera en lavages et, dans certains cas, il y aura lieu de pratiquer la cure radicale.

Boulay (Paris) partage l'opinion de Texier ; il croit que toutes

les sinusites caséeuses ne sont pas bénignes et, par conséquent, ne guérissent pas par des lavages. Il relate un cas où il y avait de la fièvre et des phénomènes cérébraux graves. L'opération ramena du sinus maxillaire et de l'ethmoïde des masses caséeuses infectes et pendant plusieurs jours la vie du malade fut en danger. Pourtant le cas se termina par la guérison.

ESCAT (Toulouse). — **Indications et valeur de la galvano-cautérisation dans les diverses formes de tuberculose laryngée.** —

HENNEBERT (Bruxelles). — **Contribution à l'étude clinique du labyrinthisme au cours des otites purulentes aiguës et chroniques.** — Travail basé sur 9 cas personnels choisis parmi les plus typiques. L'auteur comprend sous le nom de *labyrinthisme*, non seulement la triade classique de Ménière et d'autres phénomènes associés, tels que nausées, vomissements, nystagmus, modifications du pouls, faiblesse musculaire, mais encore une série d'autres symptômes qu'il importe de rechercher systématiquement, tels les réflexes oto-oculaires provoqués et les modifications qualitatives et quantitatives de la perception acoustique.

Au cours des otites aiguës, le labyrinthisme peut rendre le diagnostic entre une simple irritation du labyrinthe, la labyrinthite vraie et la méningite débutante.

Des phénomènes labyrinthiques peuvent se montrer au cours des otites chroniques, soit spontanément, soit à l'occasion d'une manœuvre thérapeutique. Ils cèdent généralement à la raréfaction de l'air du conduit à l'aide de l'appareil de Delstanche.

HENNEBERT étudie ensuite en détail certains symptômes composants du labyrinthisme et notamment le nystagmus et les réflexes oto-oculaires provoqués par les pressions centripètes et centrifuges exercées sur l'oreille.

Il émet l'espoir que l'analyse minutieuse de tous les symptômes labyrinthiques et leur relevé systématique permettront de faire peu à peu la lumière sur les nombreux points encore incertains de la physiologie et de la pathologie de l'oreille interne.

BECO (Liège). — **Polype naso-pharyngien fibro-sarco-enchondromateux. Extirpation ; mort dans le collapsus.** — Jeune homme de 15 ans et demi, présenté à la Société en 1904, puis en 1905, porteur d'une tumeur sessile, occupant le côté gauche du cavum, obturant la narine gauche.

Vaines tentatives d'arrachement par les voies naturelles ; nombreuses séances d'électrolyse de haute intensité. Diminution du néoplasme dans les points attaqués, mais progrès par sa périphérie. Exophtalmie ; déformation de la moitié correspondante de la face.

Opération par la face avec le concours d'un chirurgien général, vu les difficultés redoutées de l'exérèse.

Incision de Nélaton ; dissection de la joue ; extirpation de prolongements faciaux, temporaux, ptérygo-maxillaires. La voie sinuso-maxillaire, d'abord suivie, semblant insuffisante pour la désinsertion de la base, résection complète et définitive du maxillaire supérieur. Difficultés de désinsérer la tumeur, qui était fixée à presque toute la surface du cavum.

Pas d'incidents opératoires autres que les arrêts habituels nécessités par la narcose et la gêne respiratoire momentanée.

Mort dans le collapsus quelques heures après l'opération.

L'auteur est partisan de l'extraction par les voies naturelles lorsqu'elle est possible ; à défaut de cela, il conseille l'électrolyse à haute dose. Si celle-ci se montre insuffisante, il faut attaquer la base de la tumeur à travers la face. Beco donne la préférence à la voie sinuso-nasale, que les spécialistes ont imaginée, ou bien à la résection temporaire du maxillaire. Au besoin, et surtout si la tumeur renferme des éléments histologiques malins, ne pas hésiter à sacrifier le maxillaire.

Il pense que la trachéotomie préalable est avantageuse parce qu'elle assure la narcose et la respiration et qu'ainsi elle augmente les chances de succès.

J. Merckx (Bruxelles). — **Méningite consécutive à l'enlèvement d'un polype du cornet moyen.** — Une malade assez âgée, atteinte depuis un grand nombre d'années d'ethmoïdite et de sinusite frontale double, avait subi, il y a plusieurs années déjà, une série d'extirpations de polypes nasaux. Elle renseigne une céphalalgie persistante devenue très intense depuis quelques semaines et présente des accès fébriles espacés. En outre, elle atteste un passé pathologique chargé.

L'unique intervention consiste dans l'enlèvement à la pince de Grunwald d'une masse bourgeonnante occupant la tête du cornet moyen droit. Le polype enlevé a le volume d'une petite fève ; il est inséré sur une mince écaille du cornet. Aucun incident, sauf que la patiente est hémophilique et que, malgré la bénignité de l'opération, il faut pratiquer le tamponnement. La malade revient le

lendemain se faire enlever le tampon ; elle ne présente rien de particulier. Dans le courant de la journée se produisent deux ou trois vomissements.

Le troisième jour s'établit une fièvre de 39°, sans accélération du pouls, accompagnée de céphalalgie occipitale intense. Pupilles normales, intelligence intacte. Le soir, le sensorium s'obscurcit et la malade entre progressivement dans le collapsus. Pupilles dilatées, mais égales. Pas de phénomènes de localisation.

Le quatrième jour, respiration difficile par stase pulmonaire. Température de 39 à 40°. Pouls en rapport avec la température. Le décès survient à la fin de la nuit par aggravation des phénomènes pulmonaires.

Tel est le cas que l'auteur tient à soumettre aux réflexions de ses confrères.

Discussion.

Cheval. — Merckx ne pense-t-il pas que cette malade faisait de la méningite depuis quelque temps ?

Merckx est de cet avis ; il se base sur la céphalalgie, la fièvre et certaines altérations fugaces de l'habitus, du caractère et de l'humeur que les familiers ont remarquées quelques semaines avant l'intervention.

Broeckaert (Gand). — **Un cas de pseudo-leucémie simulant la prétendue maladie de Mikulicz.** — On donne le nom de *maladie de Mikulicz* à une hyperplasie lymphomateuse des glandes salivaires et lacrymales. Dans le cas présent, il y avait des tumeurs symétriques, du volume d'un œuf de pigeon, au niveau des glandes sous-maxillaires, et deux tumeurs piriformes des glandes sublinguales. Sur la voûte palatine se trouvait une tumeur qui en occupait toute la moitié gauche et qui s'étendait en arrière jusqu'au niveau du voile ; une masse analogue, plus petite, occupait le segment antérieur de ce voile.

L'examen du sang a permis d'exclure la *leucémie*, mais l'existence d'une splénomégalie et d'une grande masse ganglionnaire médiastinale, visible sur l'écran radiographique, ont conduit à considérer ce syndrome de Mikulicz comme appartenant à la *pseudo-leucémie*.

Au point de vue histologique, ces tumeurs lymphomateuses se montrent comme des hyperplasies de noyaux lymphoïdes préexistants, avec pullulation des cellules lymphoïdes dissociant les acini glandulaires.

BOUYER, fils (Cauterets). — **Hyperesthésie et paresthésie pharyngées.** — Rappelant l'étude qu'il a publiée sur les paresthésiques pharyngés dans le *Journal de médecine de Bordeaux* de décembre 1905, l'auteur insiste sur la nécessité de diviser ces malades en deux catégories, suivant qu'ils présentent une sensibilité objective de leur muqueuse de gorge diminuée, ou au contraire avivée.

Au point de vue clinique, les symptômes subjectifs diffèrent ; l'hyperesthésique accuse une douleur ; l'hypoesthésique plutôt une gêne à la déglutition et une sensation de corps étranger.

Au point de vue de la thérapeutique locale, la différence est capitale. Il faut avoir soin d'éviter les topiques irritants aux *hyperesthésiques* (glycérines iodées ou mentholées, chlorure de zinc, etc.) et leur réserver les collutoires à la cocaïne ou au bromure. Chez les *hypoesthésiques* il faut, au contraire, renoncer à ces derniers médicaments qui augmentent les sensations de constriction et employer avant tout les topiques excitants (menthol, glycérine iodée, électrisation locale, etc.).

DELSTANCHE (Bruxelles). — **Traitement de l'othématome.** — Dans le traitement de l'othématome, l'auteur préconise la compression de la tumeur par une feuille de gutta-percha bion ramollie par l'eau chaude qu'il applique sur le pavillon malade en ayant soin d'interposer entre l'oreille et la paroi crânienne une couche d'ouate: une autre couche d'ouate recouvre la gutta, tandis qu'une bande élastique comprime énergiquement la bosse sanguine et fixe l'appareil. La guérison parfaite de l'othématome s'obtient généralement en une huitaine de jours.

TRÉTROP (Anvers). — **Sinusites et ostéomyélites du maxillaire.** — La première observation se rapporte à une malade opérée par le procédé de Caldwell-Luc, en novembre dernier, pour sinusite maxillaire fongueuse compliquée de phlegmon sous-orbitaire et d'otite moyenne purulente. Un mois et demi plus tard, elle présenta les symptômes d'ostéomyélite de la paroi antéro-externe du maxillaire avec fistulisation buccale et sous-orbitaire.

L'hémi-décortication suivant le procédé de Rouge allait être pratiquée, quand l'auteur fut assez heureux pour enlever, sous anesthésie cocaïnique, par voie buccale, de gros fragments d'os nécrosé.

Les fistules se fermèrent rapidement et tout écoulement cessa. La guérison se fit sans aucune déformation de la face.

Un autre cas concerne une fillette de 4 semaines atteinte d'ostéomyélite du maxillaire supérieur gauche avec écoulement de pus par le nez. L'auteur le traita par expression suivie de pansements à la liqueur Van Swieten.

Trétrop croit, avec Lubet-Barbon et Furet, que pour opérer ces cas, il convient d'adopter la voie gingivo-labiale. On commencera par irriguer les fistules à l'eau oxygénée, puis on curettera leurs parois et on mobilisera, et finalement on enlèvera les séquestres. En cas d'échec prolongé, il conviendra de recourir à la semi-décortication de la face.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — **Réflexions sur la résection fenêtrée sous-muqueuse de la cloison nasale.** — L'expérience de l'auteur est considérable, puisqu'elle porte sur 95 opérations de Killian. Il est d'avis qu'il ne faut pas perdre de temps à retirer le spéculum et à le remettre en place.

L'hémostase adrénalinique est bien suffisante ; on voit bien et l'on peut opérer de façon sûre.

Le manuel instrumental est, en somme, restroint ; il est préférable que chacun des iustruments employés ait son manche propre.

Généralement l'anesthésie locale est suffisante : quatre-vingt-neuf fois l'opération fut faite ainsi ; six fois seulement il fallut recourir à la narcose. Celle-ci complique plutôt l'opération et surtout lorsqu'il s'agit de déviation profonde.

Van den Wildenberg, se rangeant à l'opinion exprimée par Capart père à la dernière réunion de la Société française d'oto-laryngologie, n'admet pas les vues de Lermoyez et Lubet-Barbon sur la perforation chirurgicale du septum.

Il signale l'inconvénient d'opérer les cloisons en cas de sinusite. Enfin l'auteur préconise la résection sous-muqueuse dans les cas de crêtes un peu étendues.

VAN DEN WILDENBERG (Anvers). — **Un cas de thrombose latente du sinus latéral.** — Homme de 20 ans environ, atteint d'otorrhée chronique déterminant depuis huit jours des douleurs violentes et paroxystiques dans le côté correspondant de la tête et du cou, s'irradiant même au dos. Fièvre modérée ; pouls à 100 ; mastoïde douloureuse à la pression.

Evidement pétro-mastoïdien large. Pas de rétrocession des douleurs.

Deux jours plus tard, nouvelle intervention. Exploration du sinus

latéral qui fut trouvé thrombosé. Ligature de la jugulaire interne; enlèvement du thrombus. Pas de ponction lombaire.

Le malade mourut de méningite cérébro-spinale. Pas d'autopsie.

L'auteur fait remarquer qu'à aucun moment on n'observa ni fiè vre à grandes oscillations, ni frisson.

De Ponthière (Charleroi). — **Rhinite pseudo-membraneuse**. — On voit parfois survenir de l'obstruction nasale, souvent unilatérale, accompagnée de fièvre, de courbature générale, de céphalée, de crises d'éternuements.

Si l'on examine la fosse nasale, on trouve la muqueuse gonflée, recouverte d'exsudat rougeâtre, baignée de muco-pus.

Le cavum est habituellement libre ; la choane participe toutefois au processus pseudo-membraneux.

Cet état persiste quelques jours seulement, jusqu'à ce que se fasse, soit spontanément, soit par éternuement ou mouchage, l'expulsion en bloc de couenne sanguinolente en même temps que le malade éprouve une sensation de déchirement.

Dès lors, la perméabilité nasale est rétablie et tout rentre spontamément dans l'ordre en quelques jours.

A ce moment, la muqueuse apparait ulcérée superficiellement; il se produit encore un peu d'hypersécrétion, mais plus de couenne.

On ne retrouve pas de bacilles de Lœffler vrais ou faux dans la couenne, mais bien des streptocoques et surtout des pneumocoques.

Ce tableau clinique spécial a paru digne à l'auteur d'être rapporté.

ANALYSES

I. — *PHARYNX*

Troubles nerveux consécutifs à la tonsillotomie, par Bergh (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, n° 12, 1904).

L'auteur s'est proposé d'enlever les amygdales et les adénoïdes chez une petite fille, très nerveuse, âgée de 7 ans, sans employer l'anesthésie générale. Immédiatement après la section de l'une des amygdales l'enfant a été prise d'un reflexe, d'une sorte de vomiturition, qui s'est calmé au bout de trois à quatre minutes. Le reste de l'opération a pu se faire sans incidents. Mais dans la soirée, après avoir dormi tranquillement, l'enfant a été reprise du même reflexe et en même temps, à la suite des efforts que l'enfant faisait constamment, il s'est déclaré une hémorrhagie secondaire provenant de la plaie des adénoïdes qui menaçait de tuer l'enfant. L'auteur, rappelé en toute hâte, a dû rester six heures près de son opérée pour voir enfin vomiturition et hémorrhagie cesser à la suite d'une insufflation de tanin dans le nez et un badigeonnage au perchlorure de fer dans le pharynx. Les jours suivants ce reflexe et les hémorrhagies quoique très amoindris ont réapparu pour cesser complètement au bout de trois jours. En terminant l'auteur regrette de ne pas avoir eu recours à l'anesthésie générale pour exécuter l'opération. LAUTMANN.

Chancre primitif du pilier palatin postérieur, par V. Maugeri (*Boll. delle malat. dell'orecchio*, etc., mai 1905, n° 5, p. 114).

Un jeune homme de 20 ans se plaignait de mal de gorge et de gonflement du côté droit du cou. L'examen objectif ne dénotait au premier abord rien de particulier, sauf un peu de rougeur, et cependant il existait dans la région sous-maxillaire droite une tuméfaction ganglionnaire dure et indolore du volume d'un œuf de poule. Or, en déprimant fortement la base de la langue, on découvrait à la partie inférieure du pilier postérieur droit une ulcération arrondie, d'un centimètre de diamètre, à bords nets, à fond recouvert d'un exsudat grisâtre. Disparition de l'ulcération au bout de vingt jours : à ce moment, roséole, gonflement des ganglions inguinaux et des ganglions épitrochléens droits. Trois semaines plus tard, plaques muqueuses dans la bouche.

L'anamnèse montra que le mode de contagion était bien celui qu'on pouvait supposer. M. BOULAY.

Contribution à l'histoire de l'angine de Vincent, par Lemaire (*Gazette des Hôpitaux*, 31 octobre 1905).

A lire les descriptions classiques il semble que personne avant Vincent n'avait songé à reconnaître l'identité de nature de l'angine à spirilles et bacilles furiformes et de la stomatite ulcéro membraneuse. Or, Van Swieten avait déjà vu qu'il s'agissait là de deux déterminations d'une même infection. Après avoir décrit la stomatite avec ses caractères cliniques, il dit : « J'ai vu des aphtes semblables attaquer les amygdales et le palais » — et plus loin : « On les a souvent regardés comme l'effet d'un virus vénérien et traités en conséquence par les mercuriaux : mais j'ai remarqué que ces remèdes étaient toujours inutiles dans ce cas et que souvent ils aggravaient considérablement le mal... » Ces passages se trouvent en note dans la traduction française des éléments de médecine pratique de Cullère (1785). Il nous faut donc reconnaître, conclut Lemaire, que dès le début du XVIIIe siècle la stomatite ulcéro-membraneuse et l'angine chancriforme étaient cliniquement connues et considérées comme de nature identique.

E. LOMBARD.

NÉCROLOGIE

MANUEL GARCIA

Manuel Garcia a succombé le 2 juillet 1906, à l'âge de cent un ans et trois mois. Il est mort à Cricklewood, dans sa villa, Mon-Abri, En 1848, effrayé par la révolution de février, il quitta la France pour se fixer définitivement en Angleterre ; et ce fut pendant un voyage qu'il fit à Paris, que lui vint, dans les jardins du Palais-Royal, l'idée de la technique laryngoscopique

Cet homme est un illustre ; il fut aussi un heureux qui vécut assez longtemps pour réaliser lui-même sa gloire.

NOUVELLES

Le Dr M. Lermoyez, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est promu au grade d'Officier dans l'Ordre national de la Légion d'honneur.

Le Dr M. Boulay est nommé Chevalier de la Légion d'Honneur. Toutes nos félicitations les plus chaleureuses à notre distingué collaborateur.

Administration générale de l'assistance publique à Paris.

Le concours pour la nomination à deux places d'assistants titulaires et deux places d'assistants adjoints des services spéciaux d'oto rhino-laryngologie s'est terminé de la façon suivante :

Hôpital Saint-Antoine : assistant titulaire, M. P. Laurens ; Assistant adjoint, M. Hautant.

Hôpital Lariboisière : Assistant titulaire, M. Gibert ; Assistant adjoint, M. Lemaitre.

Les nouveaux assistants sont entrés en fonction le 1er juillet 1906.

VIIIe Congrès international d'otologie.

Le VIIIe Congrès international d'Otologie devait avoir lieu à Budapest, en 1908.

Le Congrès international de médecine à Lisbonne a accepté l'invitation de notre Gouvernement et de notre capitale, de tenir sa XVIe session à Budapest, en 1909.

La réunion, presque simultanée, de ces deux assemblées dans une même ville était de nature à leur susciter, à toutes deux, des difficultés, auxquelles nous avons pensé qu'il était de notre devoir d'obvier.

Grâce à l'amabilité de M. le Président du XVIe Congrès international de médecine, nous pourrons tenir notre Congrès dans le cadre de cette assemblée comme Section spéciale d'otologie (*avec la dénomination expresse de VIIIe Congrès international d'Otologie*) ; nous accomplirons nos travaux scientifiques particuliers avec toutes les formalités voulues. Des rapporteurs compétents seront priés de faire les rapports sur les importantes thèses de notre science ; une exposition de préparations et d'instruments otiatriques sera organisée ; le rapport sur le prix Lenval sera fait et exécuté ; nous fixerons le lieu de réunion du IXe Congrès international d'otologie ; enfin, nous publierons nos travaux scientifiques de la façon convenable.

Le Président du Comité d'organisation
du VIIIe Congrès internat. d'otologie :

Prof. Dr Jules Böke.

Comité hongrois d'organisation : *Président*, IV. Reáltanoda-u. 18. — *Secrétaire-général*, V. Váci körút 60 ; *Trésorier*, VIII, Eszterházy-u-2.

Comité local : Exposition, Dr E. Schwarz, Dr L. Fleischmann, Dr S. Gruber; Réceptions, Dr K. de Lichtenberg, Dr E. Baumgarten.

Secrétaire-adjoint, Dr F. de Klug.

Membres : Dr J. Báron, Dr F. Berger, Dr E. Deutsch, Dr S. Guth, Dr G Krepuska, Dr A. Lázár, Dr A. Neubauer, Prof. S. Róna, Prof. B. Stiller, Prof. V. Tauffer, Dr B. Török, Budapest ; Dr L. Brunner, Debreczen ; Dr M. Falta, Szeged ; Dr P. Rutsek, Várpalota ; Dr D. Vali, Szabadka.

Hôpitaux de Paris. Cours d'oto-rhino-laryngologie.

Le Dr Marcel Lermoyez, Médecin des hôpitaux de Paris, Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le *mercredi 21 novembre 1906*, avec le concours de ses assistants, MM. Paul Laurens et Hautant, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto rhino-laryngologiques.

Le cours sera complet en trente-trois leçons. Les élèves seront exercés individuellement au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, prière de vouloir bien s'inscrire d'avance auprès de M. Paul Laurens, assistant du service, à l'hôpital Saint-Antoine, rue du Faubourg Saint-Antoine, Paris (XIVe).

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Bezold. — Lehrbuch der Ohrenheilkunde. J.-F. Bergmann. éditeur, Wiesbaden, 1906.

A. Schönemann. — Schläfenbein und Schädelbasis, eine anatomisch otiatrische, Studie. Georg et Cie, éditeur, Bâle, Genève et Lyon, 1906.

J.-D. Rolleston — A case of intranasal chronice simulating nasal diphteria Extrait de *The Lancet*, 16 juin 1906.

J.-D. Rolleston. — Tonsillitis in convalescence from diphteria. Extrait de *British medical journal*, mai 1906.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXII. — N° 9. — Septembre 1906.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

PARALYSIE SIMULTANÉE DU FACIAL ET DE L'ACOUSTIQUE D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Par M. LANNOIS,
Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

La surdité nerveuse syphilitique est loin d'être une rareté. On en distingue habituellement deux formes : une forme lente et une forme rapide. Mais dans la première, le rôle de la syphilis est assez mal déterminé et souvent difficile à distinguer des autres conditions étiologiques.

La forme rapide au contraire est bien individualisée et assez impressionnante. En dehors de l'hystérie, toutes les fois qu'un malade en bon état de santé générale, non fébrile, vient vous dire qu'il est devenu brusquement sourd, il faut songer au bouchon de cérumen ou à la syphilis. Si la première cause est rapidement éliminée, le soupçon de la seconde est confirmé par l'absence de lésions du côté de la caisse et par la disparition ou la diminution considérable de la perception osseuse. L'interrogatoire dirigé de ce côté fera alors connaître une syphilis en évolution ou datant déjà de plusieurs années : l'otologiste a pu déceler ainsi des syphilis ignorées, chez la femme notamment, et c'est là un point de grande importance pour le traitement.

La précocité de la surdité nerveuse syphilitique est un fait à bien mettre en évidence. Il existe des cas (Politzer, Charazac) où la surdité s'est installée alors que le chancre datait de quelques jours : souvent il existe encore des traces apparentes de celui-ci où la maladie n'est qu'au début de la période secondaire. Mais il faut s'empresser d'ajouter que cette surdité nerveuse peut se présenter à toutes les périodes de la syphilis, y

compris la syphilis héréditaire précoce ou tardive. Au point de vue clinique, elle s'accompagne habituellement de bourdonnements intenses et de grands vertiges. Mais ce sont là des points trop connus des otologistes pour qu'il soit nécessaire d'insister.

La paralysie faciale périphérique syphilitique n'est pas moins connue. Comme l'atteinte de la huitième paire, celle de la septième peut être précoce ou tardive et ici encore la forme tardive n'a ni la fréquence, ni l'importance clinique de la première.

La paralysie faciale précoce est, dit Fournier, la plus fréquente des paralysies nerveuses syphilitiques, et celle qui apparaît le plus tôt. L'acoustique, d'après ce que je viens de dire, me paraît partager avec elle cette particularité : les cas de surdité nerveuse de Politzer et de Charazac ont débuté aussi tôt que tous les cas connus de paralysie faciale précoce.

Quoi qu'il en soit, les observations d'hémiplégie faciale dans le premier, le deuxième ou le troisième mois de la syphilis ne sont pas rares. J'ai dans mes notes l'observation d'un étudiant chez lequel la paralysie faciale débuta moins de six semaines après le chancre, le jour de l'apparition de la roséole, et j'ai vu à la clinique de Gailleton plusieurs cas au début de la période secondaire.

Ces paralysies faciales périphériques de la syphilis ont tous les caractères des paralysies dites *a frigore*. Je ne veux pas insister sur ces notions devenues tout à fait classiques, et me contenterai de renvoyer à Dieulafoy qui a fait sur ce sujet d'intéressantes leçons reproduites dans son *Manuel* (1). Je rappellerai seulement que les paralysies faciales sont d'un pronostic relativement bénin : elles guérissent dans un temps relativement court, surtout si, le diagnostic étiologique ayant été bien posé, elles sont soumises au traitement spécifique.

C'est là le point par lequel elles diffèrent des paralysies de la huitième paire ; celles-ci sont au contraire d'un pronostic grave au point de vue fonctionnel. On pourrait certes citer des faits de guérison, mais ils restent à l'état d'exception au milieu des

(1) Dieulafoy. — *Manuel de pathologie interne*, 13e éd., t. III.

cas si nombreux que le traitement influence peu ou ne guérit pas du tout.

L'*association de la paralysie de l'acoustique et du facial*, étant données ces conditions, ne devrait pas être rare. Or, on n'en trouve que quelques cas dans la littérature et les classiques font à peine allusion à la possibilité de cette association. Dieulafoy notamment ne parle que des troubles auditifs consécutifs à la paralysie des muscles, et, dans le résumé qu'il donne de nombreuses observations, passe sous silence les troubles auditifs qu'on retrouve parfois dans les observations *in-extenso*.

Il est bien probable que si on relisait toutes les observations de surdité nerveuse syphilitique qui ont été publiées, on en trouverait quelques-unes où il est parlé plus ou moins incidemment de la paralysie faciale ; réciproquement, des cas où la paralysie faciale a surtout attiré l'attention, ont pu s'accompagner de surdité grave à laquelle il n'est fait qu'une brève allusion.

J'en citerai comme exemple une observation de Th. Barr (1) qui se trouve dans un article consacré à vanter les bons effets de la pilocarpine en injections dans les cas de surdité brusque et intense. Il s'agissait d'un homme de 22 ans qui avait eu la syphilis six mois auparavant. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, l'affection avait débuté brusquement par un vertige intense qui l'avait précipité à terre et avait été suivi d'une surdité complète des deux oreilles (d'abord à gauche, puis à droite). Il eut plus tard des douleurs violentes derrière la tête et derrière les oreilles et se réveilla un matin avec une paralysie faciale droite complète : elle fut de courte durée car, le soir même, elle allait déjà en s'atténuant. Et l'observation d'ailleurs très complète par ailleurs ne fait plus allusion à la paralysie faciale.

L'observation le plus souvent citée est un cas de Fournier publié tout d'abord par Hermet (2) et qu'on retrouve aussi

(1) Th. Barr. — *British med. journ.*, juin 1885, p. 1192.

(2) Hermet. — *C. R. du Congrès international d'otologie*, Paris, 1889.

dans le traité sur la syphilis de Fournier. Fournier insiste surtout sur la gravité de la syphilis de l'oreille interne. Il s'agissait d'une jeune fille de 25 ans qui contracta la syphilis en mai 1884. Le 5 novembre, elle a des maux de tête et six jours après une paralysie faciale gauche. Le lendemain elle est prise dans la rue d'étourdissements et de vertiges : elle rentre péniblement chez elle et s'aperçoit qu'elle est absolument sourde. La paralysie faciale guérit ultérieurement, mais la surdité complète persista irrémédiable.

En 1893, nous trouvons une observation de Bouveret, publiée par Commandeur (¹), où un malade de 52 ans, en pleine période secondaire, est atteint de diplégie faciale, le côté droit ayant été pris une dizaine de jours après le gauche. Trois semaines après le début, sensation de gêne dans l'oreille gauche et diminution de l'acuité auditive : il n'y avait pas de surdité complète et la montre était encore perçue à 8 centimètres. Le cas reste un peu douteux pour nous, car il n'a pas été fait d'examen complet de l'oreille.

Bürger et Pel (²) ont publié un cas intéressant de paralysies multiples des nerfs cérébraux chez un syphilitique. Cet homme avait été soigné à l'hôpital, en juin 1893, pour une syphilis primaire et secondaire. Il rentra à la fin d'octobre et au commencement de novembre, on notait une paralysie faciale droite complète, de la surdité à droite incomplète avec bourdonnements, sensation de vide dans la tête et démarche titubante. Il y avait en outre de la paralysie du voile du palais à droite et du muscle crico-aryténoïdien postérieur droit, de la paralysie du moteur oculaire externe à droite, de l'hypoesthésie de la muqueuse nasale avec absence des réflexes du larynx et du pharynx. Le malade guérit sous l'influence du traitement mercuriel ne conservant plus, au mois de janvier, que de la paralysie du voile du palais et du crico-aryténoïdien

(¹) Commandeur. — Diplégie faciale au cours de la syphilis secondaire (*Province médicale*, 1893).

(²) Bürger et Pel. — Un cas de paralysie syphilitique des nerfs cérébraux (deuxième réunion de l'*Assoc. laryngo-rhino-otologique néerlandaise*. An in *Revue neurologique*, 1894, et in *Ann. des maladies de l'oreille*, 1895).

postérieur. Aussi Bürger fait-il déjà remarquer que l'innervation du voile du palais doit se faire par l'accessoire du nerf vague plutôt que par le facial. Le malade eut une rechute et entra chez Pel avec de la paralysie de six nerfs cérébraux (cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième, accessoire du vague) et de l'hémiparésie des membres à gauche. Pel attribue la paralysie des nerfs cérébraux à de la périostite ou à de la méningite gommeuse de la base. Le malade guérit encore en conservant sa paralysie du voile, du crico-aryténoïdien postérieur et du facial.

Citons encore un cas un peu complexe de Brühl (1). Un homme de 35 ans a eu la syphilis à 19 ans : il a souvent de la céphalée qui cède au traitement spécifique. En octobre 1904, céphalée, bourdonnements d'oreille et surdité droite : il s'agit bien d'une surdité nerveuse. L'état s'aggrave, malgré le traitement. On constate une surdité complète de la paralysie du facial droit, du nystagmus et des vertiges. Il se développe alors une tuméfaction qui en trois jours atteint le volume d'un œuf de poule. En quinze jours, sous l'influence du traitement mixte, tout disparaît, sauf la surdité qui persiste.

Rugani (2) publie à la même époque un cas très intéressant. Un homme, ayant 14 ans de service militaire, contracte la syphilis en décembre. Le 17 février, il est pris dans la nuit de bruits subjectifs de l'oreille gauche, de diminution de l'audition et d'une légère douleur auriculaire : le lendemain il avait une paralysie faciale gauche, de la céphalée intense, des vertiges et des vomissements. A l'examen, outre la paralysie faciale, etc., on constate qu'il existe un nystagmus horizontal dans les deux sens avec sens statique conservé. Il n'y a qu'un peu de rétraction tympanique, le Weber est droit, le Rinne négatif. Il perçoit encore la montre, assez mal d'ailleurs, et quelques sons : il s'agit bien d'une lésion du nerf auditif. Le traitement était mal supporté par le malade assez anémié, mais cependant, au mois d'août, la paralysie faciale était presque complètement guérie ; il persistait encore, quoique à un

(1) BRUHL. — *Berl. otolog. Gesellschaft*, janvier 1905.

(2) RUGANI. — Di un caso interessante di paralisi del faciale e dell' acustico sinistro (*Boll. delle mal. dell'orecchio*, avril 1905).

degré moindre, de la céphalée, des bruits subjectifs à gauche, du vertige et une diminution légère de l'audition.

Je répète que des recherches bibliographiques plus étendues feraient sans doute trouver un nombre de cas plus considérable (1). Mais on voit cependant par les exemples ci-dessus que les faits publiés sont rares et assez disparates. C'est pour cela que je crois intéressant de publier les quelques cas que j'ai pu observer moi-même.

Ils sont assez différents les uns des autres. Les deux premiers ont débuté peu de temps après l'accident primitif. Ils sont tout à fait comparables aux formes rapides et précoces de la paralysie faciale et de la paralysie faciale isolées que nous avons citées au début.

OBSERVATION I. — *Début par un grand vertige brusque, cinq mois après le chancre. Paralysie du facial et de l'auditif. — Guérison de la paralysie faciale. Persistance de la surdité.*

M. X , 24 ans, étudiant, a contracté la syphilis au mois de novembre 1893. Au mois de mars suivant, alors qu'il avait encore de la roséole et présentait quelques plaques muqueuses dans la bouche, il se trouvait pour quelques jours dans sa famille et alla se promener seul sur la route. Il avait fait environ 4 à 5 kilomètres lorsqu'un vertige brusque le précipita sur le sol ; il avait des bourdonnements intenses et des vomissements. Lorsqu'il put se relever au bout d'un temps assez long et sans avoir d'ailleurs perdu connaissance à aucun moment, il était tellement titubant qu'il pouvait à peine se tenir debout et qu'il mit environ cinq heures pour regagner sa demeure. Il avait cependant pu revenir seul. Il se mit de suite au lit et, en se réveillant le lendemain matin, constata qu'il avait uue paralysie faciale gauche totale et absolument classique : il s'aperçut en même temps qu'il était totalement sourd de l'oreille du même côté. Les bourdonnements persistaient.

Le malade fut examiné quinze jours environ après le début.

L'examen du tympan ne révélait aucune lésion. La perte de

(1) On trouvera encore quelques faits de ce genre indiqués dans le travail de ROSENSTEIN (*Arch. f. Ohrenhulk.*, Bd. 65) qui lui-même rapporte un cas de paralysie multiple des nerfs crâniens et admet la participation fréquente du facial à la paralysie de l'acoustique. Ces indications se retrouveront dans une thèse qui se fait actuellement dans mon service.

l'audition était complète à gauche, le diapason latéralisé à droite d'une manière absolue. L'audition était d'ailleurs normale à droite.

Paralysie faciale gauche périphérique complète ; il n'y a pas encore de signes de rétrocession. Le voile du palais n'est pas paralysé. Pas de paralysie oculaire, ni de nystagmus. Le malade ne fut pas suivi ; il retourna chez lui et se soigna régulièrement avec des pilules de protoiodure et des frictions. La paralysie faciale rétrocéda peu à peu et au bout de trois mois elle avait disparu.

Il fut revu au mois d'octobre suivant : il n'avait plus de paralysie faciale, mais un peu d'hémimimie dynamique. Mais la surdité était aussi complète qu'au début. Le vertige ne s'était pas reproduit et l'incertitude de la démarche s'était atténuée peu à peu. Il persistait aussi un bruit subjectif sous forme de sifflement léger à timbre élevé. Parfois un peu de céphalée.

OBSERVATION II. — *Début par un vertige deux mois et demi après le chancre. Paralysie simultanée du facial et de l'auditif. Guérison de la paralysie faciale. Persistance de la surdité et des bourdonnements.*

Le nommé J. X., âgé de 50 ans, marchand de bestiaux d'un département voisin, vient consulter en avril 1901. Il raconte qu'il y a un mois il s'aperçut un matin au réveil qu'il avait un bourdonnement très fort dans l'oreille droite. Il se tenait difficilement debout, avait des nausées et dut se recoucher. Il put se lever dans la journée et constata alors qu'il était totalement paralysé de la moitié droite de la face, et aussi qu'il était sourd de l'oreille droite.

Il a une paralysie périphérique tout à fait classique. Il se plaint de ses bourdonnements (sifflement), d'un peu d'incertitude de la démarche. La surdité ne paraît pas le gêner beaucoup : il est d'ailleurs probable qu'il était déjà sourd, car il dit bien entendre à gauche où la montre n'est perçue qu'à 3 ou 4 centimètres. Les deux tympans présentent la même otite moyenne sclérosante avec épaississement généralisé de la membrane, absence de triangle, mais il n'y a aucune trace d'inflammation récente. La conduction osseuse est mauvaise par les deux oreilles, mais la latéralisation du Weber se fait à gauche.

Après des réticences et des refus, le malade se décide à montrer sa verge et on trouve sur le fourreau, vers la région moyenne, une ulcération presque cicatrisée, à base indurée. Il a cette ulcération depuis deux mois et demi à trois mois. A chacun des voyages

qu'il fait tous les mois environ pour venir au marché aux bestiaux de Vaise, il a coutume d'aller voir une femme de ce faubourg et il n'est pas douteux qu'il a été contaminé par elle. Il a mal à la gorge depuis quinze jours environ et on trouve une sorte de vernis sur l'amygdale droite : enfin il a de petites ulcérations croûteuses dans les cheveux. Traitement spécifique.

Le 4 et le 25 mai, il est revu dans le même état au point de vue des oreilles et de la paralysie faciale, mais tous les accidents secondaires ont disparu.

Il n'est revu qu'une fois ensuite, le 2 juillet : la paralysie faciale a manifestement rétrocédé : il ferme presque complètement l'œil, les aliments ne tombent plus derrière l'arcade dentaire. La surdité est toujours aussi complète, bien qu'il dise entendre un peu mieux. Le bourdonnement est toujours le même, aussi obsédant, et c'est uniquement pour lui qu'il est venu prendre cette dernière consultation.

Le cas suivant est un exemple de paralysie faciale et de surdité survenant longtemps après le début de la syphilis (20 ans). Ici les accidents sont isolés, sans autre manifestation de la syphilis, et on n'est autorisé à leur attribuer cette étiologie que par la connaissance des cas que nous venons de citer. On remarquera aussi qu'ils peuvent servir à dépister la syphilis, car notre malade niait d'abord toute infection et ce n'est qu'à la réflexion qu'il se décida à raconter une histoire qui ne paraît pas laisser de doute.

OBSERVATION III. — *Début par de la surdité brusque. Paralysie faciale périphérique quinze jours plus tard. Syphilis datant de vingt ans. Guérison de la paralysie. Persistance de la surdité et des bourdonnements.*

M. X., 50 ans, appartenant à une administration, vient me consulter pour la première fois à la fin de mars 1903.

Il est un peu dur depuis plusieurs années déjà et ne s'est pas fait soigner parce que, dit-il, cette affection est chez lui héréditaire : sa mère et une tante maternelle ont été très sourdes. Il a eu une pleurésie dans la jeunesse, mais n'en a pas gardé de traces. Étant aux colonies, il a contracté une entérite d'ailleurs légère, mais qui a duré plus de deux ans. Il y a deux mois il a eu de l'ictère sans qu'il sache pourquoi et il était presque guéri lorsqu'il y a

trois semaines il devint brusquement sourd de l'oreille droite avec des bourdonnements très intenses : il y a eu un peu de manque d'équilibre pendant deux ou trois jours mais sans vertige net.

Les deux tympans sont d'aspect normal. A droite, il n'entend la montre qu'au contact osseux, à gauche, il la perçoit à 4 ou 5 centimètres ; il entend relativement beaucoup mieux la parole. Le Weber est à gauche, le Rinne est — des deux côtés. Le cathétérisme ne modifie pas cet état.

Le 7 avril, il revient très inquiet : il a eu dans la nuit, du côté droit, une paralysie faciale qui est totale et de caractère périphérique très net. Je songe alors à la syphilis, mais il la nie tout d'abord; toutefois, au mois de juillet, il se décide à me raconter qu'étant au Tonkin, il avait eu vers l'âge de 30 ans une écorchure à la verge qu'on lui avait dit être sans importance. Mais quelques mois plus tard, ayant changé de poste, il consulta un médecin militaire pour un mal de gorge et pour des boutons sur la peau : celui-ci lui dit qu'il croyait à de la syphilis et lui donna des pilules. Depuis son retour en France, il s'est marié, mais n'a pas eu d'enfant.

Le malade, qui s'était fait électriser, avait pris de la strychnine et de l'iodure, était à ce moment (25 juillet) à peu près guéri de sa paralysie faciale. Mais il était toujours aussi sourd et se plaignait surtout de la violence de son bourdonnement avec sensation de tiraillement dans le fond de l'oreille. — Pilules de protoiodure d'Hg, tout autre traitement n'étant pas pratique.

Revu quelques mois plus tard, en janvier 1904, il était bien guéri de sa paralysie, mais conservait de l'hémimimie très nette. L'audition lui semblait toujours dans le même état, bien qu'il perçut la montre à l'effleurement du pavillon ; il se plaignait toujours de ses bourdonnements.

Cet état persiste encore aujourd'hui.

La même difficulté n'existait pas dans le cas suivant : il y avait des signes manifestes de syphilis tertiaire et de syphilis cérébrale. Pendant l'examen, les réticences du malade pouvaient faire penser à une tumeur cérébrale, notamment à une tumeur englobant à la fois le facial et l'auditif. Mais l'hésitation ne fut que de courte durée et disparut complètement devant la constatation d'une gomme ulcérée du voile du palais.

OBSERVATION IV. — *Céphalée et attaques épileptiformes. — Syphilis datant de quinze ans. — Début brusque de la surdité et de la paralysie faciale, quinze jours après les accidents épileptiques. — Amélioration très lente de la paralysie faciale. — Etat stationnaire de la surdité à peine atténuée.*

Le nommé Dup. Antoine, âgé de 37 ans, facteur des postes, vient à la consultation le 22 octobre 1904.

Rien dans les antécédents héréditaires. Il s'est marié à 33 ans et a deux enfants de 3 ans et de 16 mois bien portants, mais la dernière a eu un début d'athrepsie et de nombreux boutons sur les fesses dans les premiers mois. Il est alcoolique, vin, petits verres, absinthe.

Le 13 juillet, étant à son travail à la poste, il tomba brusquement dans une attaque épileptique : il en eut une seconde le même soir. Il paraît avoir eu pendant quelques jours auparavant des bruits divers dans les deux oreilles (trompette de cavalerie, bruit de chaînes, coups de marteau) et de la céphalée. Au reste, il se plaint de céphalée presque continuelle depuis cinq à six ans.

Envoyé à la campagne, il se réveilla avec une paralysie faciale droite complète, quinze jours environ après les accidents épileptiques. En même temps, il avait de la surdité totale de l'oreille droite.

Il y a huit jours, il a à nouveau deux crises épileptiques : son état s'est aggravé, il a des troubles psychiques, une perte de la mémoire et c'est pour cela qu'on nous l'amène.

Le malade nie d'abord catégoriquement la syphilis, mais au cours de l'examen on constate qu'il a de la leucoplasie buccale et, à l'union du palais osseux et du voile du côté droit, une ulcération fissuraire, allongée, qui est manifestement une gomme ulcérée. Il se décide alors à avouer qu'il a contracté la syphilis lorsqu'il était au régiment et qu'il a été soigné pour cela.

La paralysie faciale est complète à droite. De ce côté les traits sont bouffis, le pli naso-labial effacé, la langue déviée à gauche, larmoiement, l'œil se dévie en haut et en dehors dans les tentatives d'occlusion, etc. La surdité est complète du côté droit : il ne perçoit aucun son et le Weber est à gauche. Des deux côtés les tympans sont épaissis surtout à la périphérie ; le manche, notamment à gauche, enfoncé et fortement tiré en arrière. L'audition est suffisante à gauche.

Il y a des troubles psychiques accusés : la parole est hésitante,

traînante, la prononciation imparfaite; la mémoire est très diminuée, l'intelligence affaiblie, l'attention difficile à éveiller, les réponses imprécises, l'association des idées presque nulle. Il a l'idée fixe d'aller travailler à son bureau et il s'y mêle le désir du cabaret ; il cherche même à s'échapper de l'hôpital.

Ajoutons qu'il a tous les signes d'une insuffisance aortique avec rétrécissement et une insuffisance mitrale. Pas d'albumine.

Le traitement par les injections d'énésol et de bi-iodure, associé à l'électrisation galvanique locale et à la strychnine à l'intérieur, améliora sensiblement l'état général; il n'eut pas de nouvelles attaques et l'intelligence revint dans une mesure appréciable. Mais il resta longtemps sans aucune influence sur l'état local : la surdité et la paralysie faciale semblaient immuables.

C'est seulement à la fin de novembre 1905, que l'observation porte une amélioration légère de la paralysie faciale : la peau du front n'est plus aussi lisse, et il y a de petites secousses spontanées (contracture) dans l'orbiculaire et la joue; il esquisse des mouvements volontaires. La surdité paraît aussi marquée.

Le 16 mars 1906, on note une amélioration nette de la paralysie faciale : il ferme l'œil et fait une grimace du côté droit. Il dit aussi entendre mieux. De fait, s'il n'entend pas une montre ordinaire, il en perçoit une dont le tic-tac est très fort. Il latéralise à droite une série de diapasons. Le Rinne est négatif, la conduction osseuse très courte (15 secondes). Lorsqu'il fait effort pour écouter, il a une contraction nette de tous les muscles du côté droit de la face.

Comme il se plaint d'avoir à nouveau de la céphalée, on recommence une série d'injections d'huile grise et on prescrit KI à l'intérieur.

Ma dernière observation n'est rapportée ici que sous bénéfice d'inventaire : elle semble prouver que la paralysie faciale et la paralysie de l'acoustique peuvent s'associer *dans la syphilis héréditaire tardive*. Mais à ce cas unique il manque trop d'éléments précis pour qu'il ait un caractère de certitude. Je ne le donne que comme un cas probable et seulement pour attirer l'attention sur la possibilité de faits de ce genre.

OBSERVATION V. — *Syphilis héréditaire probable. — Début par de la céphalée et des vertiges avec nausées. — Paralysie faciale périphérique et surdité. Guérison de la paralysie et persistance de la surdité.*

La nommée V. X..., 28 ans, est religieuse dans un petit hôpital d'un département voisin. Il n'y a aucune raison de soupçonner chez elle la syphilis, mais on peut penser à l'hérédo-syphilis. Le père a des douleurs dans les jambes que l'on a qualifiées de rhumatismales et qui ont un caractère fulgurant. La mère est morte à 39 ans. Une sœur a de la paralysie infantile de la jambe gauche ; un frère en bonne santé a eu de l'énurèse prolongée ; un frère plus jeune (25 ans) est totalement sourd sans lésion de l'oreille moyenne : il a eu de la kératite dans l'enfance et il a encore de l'énurèse nocturne ; il est petit, avec front olympien et dents mal formées.

La malade elle-même a eu de l'énurèse nocturne jusqu'à l'âge de 10 ans ; elle a fréquemment présenté dans l'enfance des inflammations de l'œil qui ont laissé des taies cornéennes très marquées, de sorte qu'à 18 ans on lui a pratiqué une double iridectomie. Le front est bombé, les dents sont saines et normales.

Les oreilles n'ont jamais coulé, mais depuis deux ou trois ans elle s'aperçoit de diminution notable de l'audition, du côté gauche surtout.

A la fin d'août 1903, début par des maux de tête à l'occiput, à la nuque, des douleurs dans la moitié de la face à gauche, avec exacerbation nocturne ; le matin, léger état vertigineux s'accompagnant de vomissements. Huit jours après, elle se réveilla un matin avec de la paralysie faciale complète du côté gauche, un état vertigineux marqué mais pas assez pour amener la chute, des bourdonnements très forts sous forme de sifflement. Les jours suivants, elle s'aperçut que l'oreille gauche était totalement sourde.

Elle est examinée dans les premiers jours de novembre 1905. La paralysie faciale est complète (frontal, paupières, ailes du nez, lèvres, etc.) ; elle ne peut ni siffler, ni sourire ; elle est gênée pour manger. Le voile est intact ; pas d'anesthésie gustative. La réaction de dégénérescence est très manifeste.

La surdité est complète à gauche et l'audition diminuée à droite où la montre est perçue à 5 centimètres. La conduction osseuse est presque nulle. Une série de diapasons de C_2 à ré$_3$ ne sont perçus

ni d'un côté ni de l'autre, si on les place sur le vertex ou le front. Placés sur les dents ils sont latéralisés à droite. Elle a des sifflements et des bruits de cloche intermittents à gauche, quelques sensations vertigineuses non accompagnées de chute. Les tympans sont légèrement sclérosés des deux côtés.

La malade fut mise au traitement spécifique (pilules de protoiodure et KI), à la strychnine et au courant continu. Elle a été revue à diverses reprises : la paralysie faciale alla en s'atténuant très lentement, mais avait à peu près disparu au bout de six à huit mois. La surdité ne subit aucune modification.

Les observations que nous venons de passer en revue démontrent donc la possibilité de l'attente simultanée du facial et de l'acoustique par la syphilis. Mais elles ne sont pas toutes superposables et le type clinique est légèrement variable. Le plus souvent, surtout dans les formes précoces, les deux nerfs sont atteints simultanément et il s'y ajoute des signes d'irritation du nerf vestibulaire se traduisant par du vertige plus ou moins intense (cas de Th. Barr, de Rugani, obs. I et II, etc.). Mais l'apparition des deux paralysies qui nous occupent peut être dissociée, soit que la paralysie faciale soit la première en date (cas de Fournier, Hermet), soit que le plus souvent elle apparaisse en second lieu (Th. Barr, obs. III). Il peut exister d'autres paralysies périphériques de nerfs crâniens (cas de Bürger-Pel), du nystagmus, des symptômes cérébraux (obs. IV). La paralysie faciale peut être double (cas de Bonnerel-Commandeur).

En ce qui concerne l'époque d'apparition, les plus fréquentes sont celles du début de la période secondaire : comme les paralysies isolées de la septième ou de la huitième paire, elles atteignent le malade alors qu'il présente encore des traces du chancre ou lorsque débute la roséole. Ce sont donc des accidents graves très précoces à rapprocher des cas de syphilis du cerveau et de la moelle qui peuvent survenir dans les premiers mois de l'infection et pour lesquels Fournier se sert de la désignation de *tertiarisme précoce*. Ces cas précoces sont certainement les plus intéressants car ils constituent un groupe clinique bien homogène.

Mais les paralysies associées peuvent également se rencon-

trer à une époque tardive alors que la syphilis secondaire a depuis longtemps disparu, 15 ou 20 ans après l'infection. Ils sont alors beaucoup plus difficiles à rattacher à leur véritable cause ; surtout s'il n'existe aucune autre manifestation du tertiarisme. Le diagnostic est très facilité lorsque les gommes ulcérées ou d'autres troubles du même ordre viennent mettre sur la voie d'une syphilis ignorée ou oubliée comme c'était le cas dans notre observation IV.

Enfin nous avons vu que l'hérédo-syphilis pourrait être rendue responsable de quelques cas ou que tout au moins on pouvait l'en soupçonner.

Il ne paraît pas non plus que l'on puisse donner une explication univoque de ces paralysies associées.

Il va de soi tout d'abord qu'il faut éliminer les cas de paralysie faciale que l'on rencontre dans la période secondaire de la syphilis et qui sont déterminées par un catarrhe simple ou purulent de la caisse, dépendant lui-même des plaques muqueuses des amygdales ou du naso-pharynx. L'inflammation de la muqueuse se propage directement au nerf facial dans le canal de Fallope et les troubles auditifs s'expliquent d'eux-mêmes. Nous n'avons en vue ici que les lésions qui atteignent directement les deux nerfs à la fois.

On peut concevoir leur atteinte en des points très différents : dans l'oreille interne, dans leur portion périphérique, dans leurs centres bulbaires. On peut éliminer de suite la possibilité de l'atteinte des centres cérébraux, discutable seulement pour les cas isolés de surdité ou de paralysie faciale : les lésions devraient être beaucoup trop diffuses et d'ailleurs la paralysie faciale est du type périphérique.

On ne peut rejeter aussi complètement l'origine bulbaire : de l'artérite des petits vaisseaux bulbo-protubérantiels, une gomme, pourraient donner l'association qui nous occupe. Il est vrai que celle-ci resterait alors difficilement aussi limitée et qu'on ne conçoit guère une lésion des noyaux du facial et des noyaux de l'acoustique, sans paralysie concomittante du moteur oculaire externe. Celle-ci existait, avec des troubles du spinal, dans le cas de Bürger-Pel, mais ces auteurs ont donné une autre explication. Il devrait y avoir de l'hémiplégie al-

terne, etc. Bref, si l'origine bulbaire n'est pas impossible théoriquement, elle s'applique mal à nos cas de syphilis précoce de la septième et de la huitième paire.

La lésion peut porter sur le labyrinthe : nous savons qu'il peut en être ainsi pour les cas de surdité nerveuse syphilitique depuis les recherches de Moos, de Steinbrügge, etc. Les relations étroites du labyrinthe avec le nerf facial, celles qu'Alexander a établies entre le ganglion géniculé et le ganglion vestibulaire, sont des arguments en faveur de cette manière de voir.

Toutefois il me paraît plus logique d'attribuer le syndrôme qui nous occupe à la lésion simultanée des deux troncs nerveux dans leur trajet périphérique, depuis le bulbe jusqu'au fond du conduit auditif interne. Une exostose, une gomme, une plaque de méningo-encéphalite, nous expliqueront simplement les cas complexes comme celui de Bürger-Pel ou comme celui de notre facteur des postes (obs. IV).

Pour les cas précoces c'est encore l'attente des troncs nerveux qui me semble le mieux répondre aux faits. Mais ici il s'agit de névrite ou de péri-névrite englobant les deux nerfs, et celles-ci ont pour cause l'auto-intoxication par les produits de l'agent virulent de la syphilis. Elles sont admises par Lancereaux, Panegrossi, Dieulafoy, etc., etc., et je me range à cette opinion en attendant que l'anatomie pathologique ait définitivement tranché la question.

L'action de ces produits toxiques probables du tréponème est souvent favorisée par d'autres éléments étiologiques comme la dépression qui accompagne souvent le début de la syphilis, l'alcoolisme, la malaria, etc. C'est ici le lieu de faire remarquer que souvent les malades présentent des lésions antérieures de la caisse ou de l'oreille interne : c'est là une loi générale et l'on voit souvent les complications auriculaires des maladies générales, infectieuses ou dyscrasiques, atteinte des organes déjà lésés antérieurement.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que le pronostic de cette forme de paralysie associée est assez sérieux. D'abord il indique une virulence anormale de la syphilis ou une résistance affaiblie du système nerveux. Puis, si la paralysie

faciale guérit assez vite dans la plupart des cas, il n'en est pas de même de la surdité qui reste le plus souvent irrémédiable, malgré les traitements les plus rationnels et les plus actifs.

En résumé :

1° La syphilis peut atteindre isolément le nerf auditif et le nerf facial, donnant lieu à de la surdité nerveuse ou à de la paralysie faciale périphérique. Mais elle peut toucher les deux nerfs à la fois et on a alors la paralysie simultanée du facial et de l'acoustique.

2° Ces paralysies peuvent se produire à toutes les étapes de la syphilis ; elles sont le plus souvent très précoces.

3° Leur pathogénie n'est pas univoque ; elles peuvent être liées à des lésions tertiaires (exostose du conduit auditif interne, gommes des nerfs, méningo-encéphalites de la base), mais le plus souvent il s'agit de névrites ou de périnévrites par intoxication par les toxines syphilitiques.

4° Le pronostic est défavorable pour l'oreille ; en règle générale, la paralysie faciale est passagère, tandis que la surdité est irrémédiable.

II

LE SINUS ET LES SINUSITES MAXILLAIRES CHEZ LES NOUVEAU-NES

Par **E. WEISSMANN** et **L. FIOCRE** (Paris)

Dans le courant de ces dernières années, quelques auteurs ont signalé chez des enfants nouveau-nés, l'existence d'inflammations suppuratives de la région du sinus maxillaire, accompagnées d'un cortège symptomatique tel, que s'impose le diagnostic d'empyèmes ou de sinusites aiguës. L'un de nous a eu récemment l'occasion d'observer un fait semblable, dont voici l'histoire.

OBSERVATION I (*personnelle*). — M. G..., née à terme, le 21 décembre 1905, de parents bien portants, pèse 3 150 grammes, et est parfaitement constituée. Le 27 décembre, sans cause appréciable, elle est prise de gène respiratoire ; la température est normale. Le 28, la gène respiratoire s'accentue ; le 29, on note une légère rougeur de la face, au niveau de la racine du nez et de la joue, à gauche.

Le 30 et le 31, la gène respiratoire est la même ; la rougeur de la face augmente ; léger gonflement des mains ; température toujours normale.

Le 1er janvier, état général mauvais ; le soir, température 39°4.

Le 4 janvier, la rougeur s'est localisée ; il y a de la fluctuation au-dessous de l'œil gauche et un peu en dedans ; une légère pression du doigt crève l'abcès. L'analyse bactériologique donne du staphylocoque doré.

Le 5, la température est normale ; on incise l'abcès et place un drain. Les jours suivants, on fait des lavages par le drain.

Le 10, journée très mauvaise ; le 11, on constate par hasard dans la gencive supérieure, à gauche, la présence d'un petit corps blanc

et dur. Voulant en reconnaître la nature avec le doigt, la pression le fait tomber. C'est une dent. Il s'écoule à la suite du pus par la gencive et l'état s'améliore peu à peu.

Le 20, la nuit est mauvaise, l'état général redevient précaire.

Le 22, je vois l'enfant pour la première fois; elle est pâle et a le facies infecté ; la température est plutôt au-dessous de la normale. Il existe du gonflement du maxillaire supérieur gauche. Je constate une fistule suppurante au-dessous de l'œil et un peu en dedans; une fistule de la gencive dans laquelle on voit saillir un petit corps blanc et dur. Il s'écoule du pus par le nez; mais la rhinoscopie antérieure n'est pas possible. Un stylet engagé dans la fistule cutanée bute sur de l'os dénudé ; un autre stylet, introduit dans la fistule gingivale, pénètre dans une cavité assez vaste.

Diagnostic. — Suppuration du sinus maxillaire gauche. Je conseille une intervention.

Le 24 janvier (l'enfant est alors âgée de 5 semaines), sans anesthésie, j'incise la muqueuse ; le bistouri pénètre dans une cavité ; je ne puis ruginer le périoste. J'ouvre largement la cavité suppurante ; trois dents s'en échappent. Je curette de mon mieux, mais les parois sont si tendres que le curetage est nécessairement insuffisant. J'établis une communication entre la cavité suppurante et le nez ; j'abrase la fistule cutanée et ne fais aucun pansement. Les soins consécutifs consistent uniquement en nettoyages fréquents de la gencive et du nez. Huit jours plus tard, la fistule cutanée est guérie ; la fistule gingivale met près d'un an à se fermer.

Le 15 janvier 1906, j'ai revu ma petite malade ; elle se porte admirablement ; la gencive est intacte ; la fistule cutanée a laissé une cicatrice à peine visible ; mais le nez suppure toujours ; la cavité n'est donc pas guérie et une nouvelle intervention sera probablement nécessaire pour la guérison complète.

Cette observation nous a suggéré l'idée d'étudier un sujet relativement peu connu : le sinus et les sinusites maxillaires chez le nouveau-né. Nous essaierons, tout d'abord, de décrire l'anatomie du sinus, à cette période de la vie, description à peine indiquée dans les ouvrages classiques. Pour plus de clarté, nous avons cru bon de joindre des figures, dans l'espoir de donner un aperçu de la forme et de la situation du sinus.

Ensuite, nous mentionnerons les rares observations parues jusqu'ici, afin de pouvoir en tirer les considérations intéres-

santes sur l'étiologie, les symptômes et le traitement de l'affection sinusale.

Développement du sinus maxillaire. — Il ne fait plus doute pour personne que le sinus maxillaire existe au moment de la naissance. Rappelons que Portal, le premier, signala sa présence chez l'enfant à terme. Pour Sappey, le sinus maxillaire apparaît du troisième au quatrième mois de la vie fœtale ; il se développe aux dépens d'une lame osseuse, désignée sous le nom de pièce orbito-nasale, laquelle donne également naissance à la partie interne du plancher de l'orbite. Sur sa face interne ou nasale, cette lame présente une fossette, premier vestige du sinus maxillaire. Celui-ci existe donc dès le début de l'évolution de l'os ; il est situé immédiatement en dedans de la gouttière sous-orbitaire.

Forme et situation. — D'après Zuckerkandl, le sinus maxillaire chez les nouveau-nés est constitué par une petite



FIG. I

Fœtus à terme. — Paroi externe de la fosse nasale gauche. La muqueuse a été enlevée et le cornet inférieur a été reséqué.
1. Sinus; 2. Deuxième cornet; 3. Orifice du canal lacrymo nasal; 4. Alvéole de l'incisive médiane; 5. Canal palatin antérieur.

dépression qui va en arrière du sillon lacrymal à l'alvéole de la deuxième molaire.

Latéralement, la cavité s'étend jusqu'au canal infra-orbitaire qu'elle dépasse à peine vers le bas. Le même auteur admet, en outre, que la partie postérieure de l'apophyse dentaire se trouve en contact direct avec le plancher de l'orbite.

Bourgois ([1]) montre que, non seulement le sinus existe à la

([1]) Notes sur le développement du sinus maxillaire et sur les rapports qu'il affecte avec les dents. *Journ. des sciences méd. de Lille*, t. VII, p. 811, et *Thèse* de Lille, 1885.

naissance, mais qu'on le trouve déjà et très nettement dessiné à la fin du septième mois du développement; « il a alors la forme d'une dépression allongée, antéro-postérieure, de la dimension d'un grain de blé, s'ouvrant par une large ouverture dans la fosse nasale ».

Il résulte de nos recherches personnelles : qu'à terme, le sinus est très facilement reconnaissable; il est situé juste au-dessus de l'alvéole de la première prémolaire, en dedans et un peu au-dessus de la gouttière sous-orbitaire. Sa cavité de forme prismatique et triangulaire s'étend dans le sens antéro-postérieur du sillon lacrymo-nasal jusqu'à un plan vertical passant à peu près par le milieu de l'alvéole de la deuxième prémolaire. On peut donc lui décrire trois parois : une paroi inférieure ou dentaire; — une paroi orbitaire et une paroi nasale. — La première est certainement la plus épaisse; la couche osseuse qui sépare la cavité sinusale de la gouttière alvéolaire atteint environ deux millimètres. D'autre part, comme le corps du maxillaire est presque entièrement occupé par les germes dentaires, cette paroi, qui représente le plancher du sinus, se trouve sur un plan plus élevé que la voûte palatine; cette hauteur peut être évaluée en moyenne à 2 millimètres et demi ou 3 millimètres.

La paroi orbitaire est mince et transparente.

La paroi nasale, qui offre l'ouverture du sinus, est formée à peu près exclusivement par la muqueuse du méat moyen; elle répond en haut au massif ethmoïdal; en bas, à l'insertion du cornet inférieur, lequel vient par son bord libre affleurer le plancher de la fosse nasale, en sorte que le méat moyen constitue, à lui seul, chez le nouveau-né, le *canal respiratoire.*

L'extrémité antérieure du sinus demeure très éloignée de la surface jugale du maxillaire, à cause de la présence des alvéoles et des germes dentaires contenus dans l'épaisseur de l'os.

Le sinus se trouve, en effet, refoulé au pied de l'apophyse montante du maxillaire, immédiatement en arrière de la gouttière lacrymo-nasale, si bien qu'une ligne horizontale tirée en avant dans le prolongement de l'extrémité antérieure viendrait aboutir au niveau de l'angle inféro-interne de l'or-

bite, en dedans et un peu au-dessus de l'orifice du canal sous-orbitaire, exactement entre cet orifice et celui du canalicule dentaire sus-jacent, tout près du rebord orbitaire, c'est-à-dire, en un point de l'os, où il existe une assez forte épaisseur de tissu compact.

On comprend donc aisément qu'il soit impossible d'aborder directement le sinus par la face antérieure du maxillaire. Toutes les fois que l'on trépanera l'os en avant, on ouvrira infailliblement la cavité alvéolaire, mais jamais le sinus. Celui-ci ne pourra être atteint que secondairement, après perforation de la voûte alvéolaire. Ce détail anatomique a son importance, car il explique l'erreur commise par beaucoup d'auteurs, qui crurent ouvrir un sinus, lequel paraissait de proportions anor-

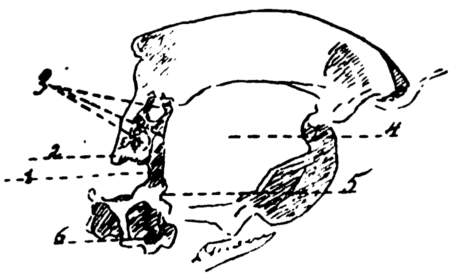


Fig. II

Fœtus à terme. — Coupe frontale de la fosse nasale droite passant par l'alvéole de la première prémolaire, le cornet inférieur a été reséqué. — Segment antérieur de la coupe.

1. Sinus; 2. Deuxième cornet; 3. Cellules ethmoïdales; 4. Orbite; 5. Gouttière sous-orbitaire; 6. Alvéole de la première prémolaire.

males, vu le jeune âge du sujet, alors qu'il s'agissait en réalité de la cavité alvéolaire.

Par contre, le sinus présente des rapports intimes avec l'orbite, avec la gouttière sous-orbitaire et le canal lacrymo-nasal. Il n'existe souvent entre ces différents organes qu'une simple lamelle osseuse. Aussi trouverons-nous fréquemment mentionné dans les observations qui suivent, des complications du côté de la région orbitaire. Voici, enfin, quelques chiffres concernant les dimensions du sinus à différentes périodes :

A terme :

Longueur du sinus (d'avant en arrière).	7 à 8 millimètres
Hauteur à la partie moyenne (dans le sens vertical).	4 millimètres
Largeur à la partie moyenne (de dehors en dedans).	2 millimètres

A trois semaines :

Longueur	9 à 10 millimètres
Hauteur	5 millimètres
Largeur	3 millimètres

A six semaines :

Longueur	10 à 11 millimètres
Hauteur	5 à 6 millimètres
Largeur	4 millimètres

Distance de l'extrémité antérieure du sinus à la surface jugale du maxillaire.

Chez l'enfant à terme : environ 3 millimètres.

Distance de l'épine nasale à la partie moyenne du sinus.

Chez l'enfant à terme	11 à 12 millimètres
Chez l'enfant à 3 semaines	14 à 15 millimètres
Chez l'enfant à 6 semaines	16 à 18 millimètres

Les cas d'empyèmes du sinus maxillaire, observés chez les nouveau-nés, sont, comme nous l'avons dit, d'une extrême rareté. Nous rapportons ici même les seuls faits que nous ayons pu recueillir dans la science :

OBSERVATION II (de M. Rudeaux) [1]. — *Empyème du sinus maxillaire chez une enfant de trois semaines.* — Née à terme, cette fillette est élevée au sein par sa mère, qui, trois semaines après la naissance de son enfant, s'aperçoit que les *paupières sont rouges et œdématiées.* Elle est examinée alors par M. Frey, interne à Lariboisière, qui constate au niveau de la fosse canine droite une *dent en éruption prématurée.* Cette dent était très mobile, rattachée seulement à la gencive par quelques fibres ligamenteuses. Elle était constituée par un chapeau de dentine contenant la pulpe

[1] Cette observation ainsi que la suivante sont relatées dans le travail du Dr Moure : Empyème du sinus maxillaire chez les enfants (*Revue hebdomadaire de laryngologie*, n° 49, 1896).

L'état d'infection dans lequel se trouvait la bouche de l'enfant ne tarda pas à déterminer secondairement, au même niveau, une fluxion phlegmoneuse. Quelques jours plus tard, en appuyant sur la région sous-orbitaire, on fit sourdre du pus par la narine gauche; à partir de ce moment, la suppuration nasale fut continuelle et très abondante. Cinq jours après, le pus se fraya un autre passage au-dessous de la paupière inférieure. M. Frey juge à propos d'enlever la dent qui avait été le point de départ de la suppuration du sinus maxillaire.

C'est alors que, le 25 août 1894, l'enfant est présentée à M. Brun qui, à l'examen, constate une *augmentation du volume de la joue* gauche, qui paraît indurée à la palpation, et l'*issue de liquide pu-*

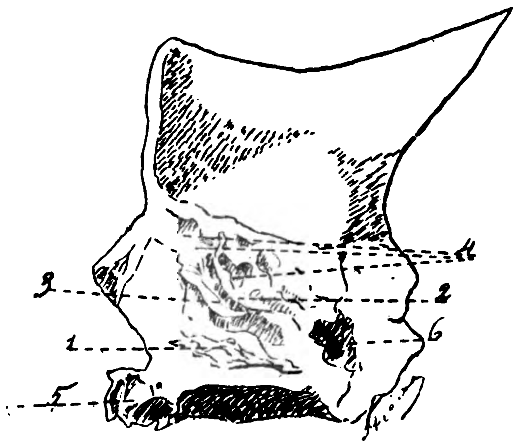


Fig. III

Enfant de 3 semaines. — Paroi externe de la fosse nasale droite. La muqueuse a été enlevée.

1. Cornet inférieur; 2. Cornet moyen; 3. Unciforme; 4. Cellules ethmoïdales; 5. Incisive médiane; 6. Trou sphéno-palatin.

rulent, verdâtre, fétide, *par la narine* du même côté et par la *fistule sous-orbitaire.* Celle-ci est très petite et se trouve en partie cachée dans le sillon orbito-palpébral inférieur, très accentué par les dimensions prises par la joue et par l'œdème permanent de la paupière. De l'eau boriquée injectée dans cette fistule sort par la narine. Avec un stylet on constate que le trajet fistuleux se dirige de haut en bas et de dehors en dedans, dans la direction de la narine, et on remarque des dégâts assez considérables du côté du

maxillaire supérieur dont plusieurs points sont dénudés et rugueux. Cet examen fait intervenir le jour même. Une petite curette est introduite par la fistule agrandie dans le sinus maxillaire, d'où l'on retire quelques petits sequestres osseux et une dent mobile sur la paroi inférieure de cette cavité ; celle-ci paraît être une petite molaire. Le trajet fistuleux est cureté et drainé avec de la gaze iodoformée. Le pansement est fait tous les deux jours. Vers le milieu de septembre, la suppuration nasale s'arrête pendant quelques jours pour se reproduire peu de temps après ; le même phénomène se répète plusieurs fois de suite.

Aussi, le 9 octobre, juge-t-on nécessaire une intervention plus radicale.

On fait deux incisions à angle droit, une horizontale dans le sillon orbito-palpébral, une verticale dans le sillon naso-génien, le lambeau est rabattu en bas et en dehors. On pénètre dans le sinus maxillaire en réséquant une petite portion de l'os ; on établit une large communication entre le sinus et la fosse nasale correspondante, les parois sont curetées et la cavité est bourrée de gaze iodoformée. Les lambeaux se récollent très vite, il ne persiste qu'une petite fistule, qui est complètement oblitérée à la fin de décembre.

Actuellement (mars 1895), il n'existe plus qu'un léger écoulement séro-purulent par la narine, la joue gauche présente un volume un peu plus considérable que la droite, les deux cicatrices sont cachées presque complètement dans les sillons orbito-palpébral et naso-génien, et l'état général de cette fillette est excellent.

OBSERVATION III (de Greidenberg). — *Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines.* — Il s'agit également d'un enfant né à terme, le 14 août 1895, d'une mère bien portante et d'un père syphilitique trois ans auparavant.

La nuit du 3 au 4 et toute la journée du 4 septembre, l'enfant ne cessa de crier, et, vers le soir du même jour, apparut autour de l'œil gauche une tuméfaction que l'entourage attribua aux cris. Le lendemain, 5 septembre, la *tuméfaction* augmenta encore davantage et envahit toute la moitié gauche de la face ; simultanément apparut une *rougeur sous l'œil gauche*, et dans la cavité buccale, sur la gencive supérieure gauche, on aperçut un point blanc qui, ayant grossi dans l'espace d'une nuit, a été le lendemain, après un examen attentif, reconnu pour une dent. Celle-ci tomba aussitôt qu'on l'eut touchée.

Appelé auprès de l'enfant le 6 septembre au soir, voici ce que constata l'auteur : Enfant mal nourri, très agité et criant sans

cesse. Température, 39°. La moitié gauche de la face est considérablement tuméfiée, de sorte que la paupière inférieure œdématiée voile à moitié l'œil. Les limites de la tumeur étaient à peu près les suivantes. En haut, la paupière inférieure ; en bas, le sillon naso-labial gauche ; en dedans, le bord gauche du nez, et, en dehors, une ligne verticale allant de l'angle externe de l'œil et se dirigeant obliquement en dehors. A un centimètre au-dessous de l'angle interne de l'œil, à peu près au point où l'os propre du nez gauche s'articule avec l'apophyse montante du maxillaire, la tuméfaction présentait un espace de coloration rosée ayant les di-

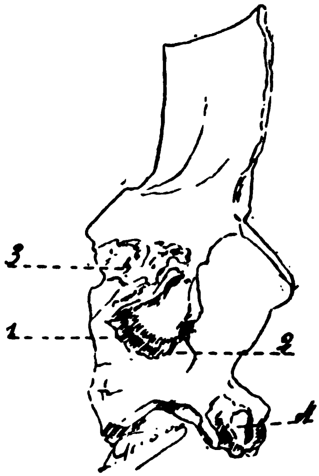


Fig. IV

Enfant de 4 semaines. — **Paroi externe de la fosse nasale gauche. Le cornet inférieur et le cornet moyen ont été reséqués.**
1. Sinus ; 2. Orifice du canal lacrymo-nasal ; 3. Ethmoïde ; 4. Incisive médiane.

mensions d'une pièce de un franc et des signes pas très nets de fluctuation. A chaque pression on voyait *s'écouler de la narine gauche du pus liquide* mélangé de sang. Dans la cavité buccale, et notamment au point qui doit correspondre à la première incisive supérieure gauche, la gencive était gangrénée sur une étendue d'environ un centimètre. La dent était de couleur mate, creuse en dedans et avait des parois très minces et presque transparentes. La racine était insuffisamment développée. M. Greidenberg dia-

gnostiqua un empyème du sinus maxillaire reconnaissant pour cause l'*apparition précoce d'une dent.*

Le 7 septembre, le gonflement de la moitié gauche de la face a encore augmenté. L'œil gauche est complètement recouvert par la paupière inférieure. La rougeur est devenue plus intense et la fluctuation très nette.

Opération : on incisa verticalement la partie tuméfiée et fluctuante et il s'en écoula une demi-cuillerée à café de pus épais. Après l'inspection de la plaie, on découvrit une petite collection purulente sous les parties molles de la racine du nez. On put alors passer librement vers en bas une sonde dont l'extrémité était sentie du côté de l'alvéole de la dent touchée. L'alvéole a été percée et dilatée à l'aide d'une curette de Volkmann. La cavité osseuse ainsi ouverte laissa échapper une certaine quantité de pus mélangé de sang, et, après l'avoir curetée à plusieurs reprises, on établit une communication entre l'incision et l'orifice alvéolaire. Tamponnement à la gaze iodoformée et pansement. Le lendemain, quand on retira le tampon de la plaie, une quantité considérable de pus s'écoula par l'orifice alvéolaire et la narine gauche. L'œdème de la face a un peu diminué, l'œil gauche s'est entr'ouvert, mais la paupière est encore œdématiée. On constate une légère *exophtalmie.*

Le 10, mêmes phénomènes que la veille. Température 38°. L'exophtalmie est plus intense ; on observe de plus un gonflement fluctuant avec rougeur de la peau un peu plus bas et plus en dehors de la première incision. Ce gonflement, incisé de haut en bas, laissa échapper du pus mélangé de sang. A l'exploration avec une sonde, on trouva : 1° Qu'une de ses extrémités pénétrait dans la bouche par l'alvéole de la dent tombée, ou autrement dit, que l'incision pratiquée conduisait dans le sinus maxillaire ; 2° que la sonde touchait au fond les rugosités de l'os dénudé ; en outre, par la plaie de la face de même que par l'alvéole, on pouvait librement pénétrer dans la cavité nasale gauche. Le sinus fut lavé et des lanières d'iodoforme introduites dans les incisions et leurs bouts ramenés dans l'alvéole, coupés au ras de la gencive.

Deux jours après la seconde incision, la température devint normale Cependant les deux plaies et la narine gauche continuant à donner du pus, on soupçonna la formation d'un séquestre osseux.

Dans l'espace de vingt-huit jours on a retiré à diverses reprises cinq *séquestres*, et, après chaque extraction, la sécrétion de pus cessait tout à fait ou diminuait très considérablement, mais re-

commencait ensuite ; la tuméfaction et la rougeur apparaissaient de nouveau, ce qui était une indication formelle pour le sondage de la plaie dans le but de trouver un séquestre. Après l'extraction du dernier séquestre, un changement subit en mieux survint dans la marche de l'affection. La sécrétion de pus par la narine gauche cessa complètement. Le 9 novembre, l'orifice alvéolaire était complètement fermé ; aucune trace de fistule, la sécrétion nasale était normale. Des deux cicatrices, correspondant aux deux incisions, l'une était mobile, l'autre adhérait à l'os, au niveau de l'angle interne de l'œil. Pendant toute la durée de la convalescence, l'enfant a considérablement grandi, augmenté de poids, et son état général était excellent.

OBSERVATION IV. — *Empyème du sinus maxillaire chez un enfant*

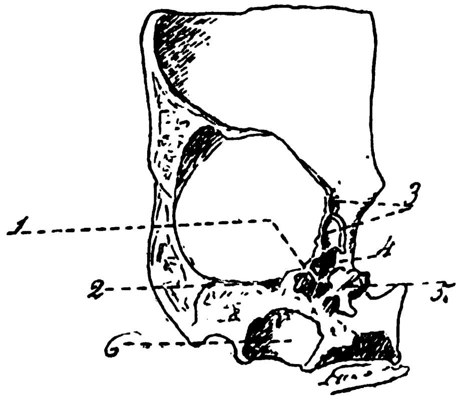


FIG. V

Enfant de 6 semaines. — Coupe frontale de la fosse nasale gauche passant par l'alvéole de la deuxième prémolaire.
1. Sinus; 2. Canal sous-orbitaire; 3. Cellules ethmoïdales; 4. Unciforme; 5. Cornet inférieur; 6. Alvéole de la deuxième premolaire.

de huit semaines [Communication du Dr d'Arcy Power à la Société de pathologie de Londres. Séance du 2 novembre 1897]. A son entrée à l'hôpital, cet enfant présentait un *abcès ouvert au niveau de la paupière inférieure* droite. A l'examen avec la sonde, on trouva de la nécrose de la face supérieure du maxillaire droit. Le rebord alvéolaire était couvert de pus, sans qu'on pût découvrir un orifice à ce niveau. Pendant l'accouchement, les deux joues ont été broyées par le forceps ; mais on ne s'aperçut de l'abcès qu'un mois après la naissance. L'écoulement n'a pas cessé depuis.

L'auteur a largement ouvert l'abcès et cureté les granulations, mais l'enfant est mort treize jours plus tard et l'autopsie révéla un abcès du poumon droit. La préparation montre une nécrose très étendue de l'os. Sa surface présente deux *séquestres*, l'apophyse orbitaire est détruite et la surface faciale est nécrosée, à son union avec l'os prémaxillaire.

A cette même séance, Spencer se rappelle avoir observé un cas d'empyème chez un enfant consécutif au *noma*.

OBSERVATION V. — *Empyème du sinus maxillaire chez un enfant de trois semaines*, par le Dr A. Douglas (*British med Journ.*, 5 février 1898). — L'auteur, appelé auprès d'un enfant âgé de trois semaines pour l'inflammation d'un œil, le trouva dans un état assez grave et put constater les symptômes suivants : *joue gauche tuméfiée;* globe oculaire droit semblant sortir de l'orbite avec *hyperhémie des paupières et congestion de la conjonctive.* On aurait pu conclure au premier aspect à une tumeur de l'orbite. En examinant la bouche, on vit la moitié droite du palais qui s'avançait dans la cavité buccale. *Le maxillaire supérieur faisait saillie dans toutes les directions. La pression de la joue déterminait une issue de pus par la fosse nasale droite.* On posa le diagnostic d'empyème du sinus maxillaire, on pratiqua une ouverture un peu en dehors du rebord alvéolaire et le pus commença à s'écouler librement. Lavages boriqués consécutifs de la cavité à travers l'ouverture opératoire. Guérison.

Il est à remarquer que huit jours après l'accouchement, la mère souffrait d'ulcérations qui siégeaient sur les mamelons et sécrétaient un liquide probablement purulent.

OBSERVATION VI. — *Sinusite maxillaire grave chez un nouveau-né*, par le Dr Castex (rapport à la Société française de laryngologie, mai 1901). — On pouvait constater chez cet enfant, âgé de cinq semaines : un *écoulement purulent* et épais se produisant *par la narine* droite, un *gonflement phlegmoneux de la paupière inférieure* droite, et un *soulèvement résistant sur la moitié correspondante de la voûte palatine.* D'après les renseignements fournis par les parents, le mal semblait avoir débuté par un gonflement de la gencive, sans cause appréciable ; puis le gonflement avait rapidement gagné la joue et la paupière inférieure et du pus s'était écoulé de façon continue par la narine droite. L'enfant présentait un mauvais aspect général. La pression exercée sur la joue au niveau de la fosse canine, ou sur la paupière inférieure, ou même sur la voûte palatine, augmentait immédiatement l'issue du pus par la narine. Sur la gencive, près de la ligne médiane, se montrait

une *petite masse blanchâtre qui semblait bien être une dent* enveloppée de tissu sphacélé. L'enfant avait alors 36° de température axillaire.

Opération. — Une incision fut menée horizontalement sur la face antérieure du bord alvéolaire et pénétra facilement dans le sinus. De cette incision, sortirent trois dents de lait. La sonde cannelée décolla largement la fibro-muqueuse de la voûte palatine et la paupière inférieure fut incisée dans sa continuité avec la joue. Injection à l'eau stérilisée chaude et bourrage de ces diverses cavités à la gaze aseptique.

L'ensemencement sur gélose, fait à l'Institut Pasteur, par

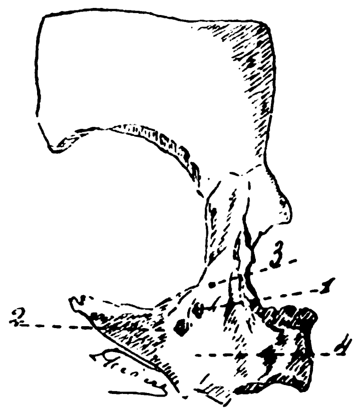


Fig. VI

Enfant de 7 semaines. — Maxillaire supérieur droit vu par sa face jugale.
1. Point qui correspond au prolongement sagittal du sinus maxillaire; 2 Orifice du canal sous-orbitaire; 3. Orifice du canalicule dentaire; 4. Saillie de l'alvéole de la canine.

M. Martin, avec le pus recueilli, a donné une culture pure de *staphylocoques.*

Les suites ont été favorables. De petits *séquestres* blanchâtres se sont détachés du bord alvéolaire au bout de 24 jours.

La mère, qui allaitait son enfant, avait eu des furoncles aux fesses et présentait encore des abcès du mamelon.

L'auteur pense qu'il s'est agi d'une infection staphylococcique, transmise de la mère à l'enfant à travers un ou plusieurs sacs folliculaires et ayant déterminé non seulement de la sinusite mais de l'ostéomyélite du squelette environnant.

ÉTIOLOGIE. — En raison du petit nombre de cas observés, nous avons peu de renseignements sur la pathogénie de l'empyème du sinus maxillaire chez le nouveau-né. Toutefois, il est parfaitement admissible de penser que l'infection du sinus s'effectue, soit par voie nasale, soit par voie buccale.

Parmi les principales causes d'origine nasale, nous pourrions citer :

Les sécrétions leucorrhéiques de la mère, qui, au moment de la naissance de l'enfant, risquent d'infecter la muqueuse nasale ;

L'eau contaminée des bains servant au transport des germes infectieux ;

Une petite poussée érysipélateuse de la face, consécutive elle-même à une excoriation cutanée ou à une plaie produite pendant l'extraction du fœtus, par le forceps, comme cela eut lieu dans l'observation IV du Dr d'Arcy Power.

Enfin, la cause véritable peut demeurer cachée, bien que l'on soit en droit d'affirmer que l'infection ait envahi primitivement le sinus. Notre observation, seule, sans doute, ne plaide-t-elle pas nettement en faveur de l'existence chez l'enfant nouveau-né d'une sinusite vraiment primitive ? On constate en pareil cas, au début de l'affection, ainsi que nous l'avons signalé, une gêne respiratoire très notable.

Plus souvent, l'infection débute par la muqueuse buccale, laquelle présente une porte d'entrée. Elle se propage au périoste du rebord alvéolaire et aux follicules dentaires pour gagner secondairement le sinus. L'agent pathogène, habituellement observé, est le staphylocoque doré ; il est apporté par la mère ou la nourrice, atteintes elles-mêmes d'ulcérations ou d'abcès du mamelon (voir les obs. V et VI de Douglas et de Castex).

Parfois, vu la diffusion des lésions, caractérisées par l'existence de nombreux points de nécrose au niveau du maxillaire supérieur et l'élimination de séquestres, on peut songer au diagnostic d'ostéomyélite.

Rudeaux et Greidenberg, dans leurs observations, accusent l'éruption prématurée d'une dent, d'avoir été le point de départ de la suppuration du sinus maxillaire. Cependant une

pareille opinion nous paraît assez discutable, car on peut tout aussi bien admettre que l'éruption de la dent a lieu sous la poussée de l'inflammation suppurative. A l'appui de cette idée, nous relevons les caractères suivants : la fréquence de l'apparition d'une dent sur la gencive supérieure; la rapidité avec laquelle elle survient, parfois dans l'espace d'une nuit, comme l'a observé Greidenberg ; la faible adhérence de cette dent et enfin sa chute presque immédiate.

Ajoutons que Spencer signala un cas d'empyème, consécutif au noma.

SYMPTOMES. — La symptomatologie est relativement simple.

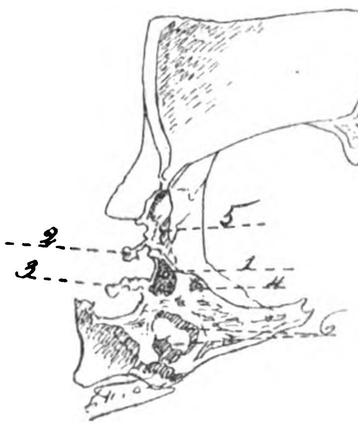


FIG. VII

Enfant de 7 semaines. — Coupe frontale de la fosse nasale droite par l'alvéole de la première prémolaire. Segment antérieur de la coupe.

1. Cavité du sinus; 2. Cornet moyen; 3. Cornet inférieur: 4. Canal sous-orbitaire ; 5. Cellule ethmoïdale; 6. Alvéole et première prémolaire.

L'empyème du sinus, vu, sans doute, la faible résistance des tissus, chez le nouveau-né, tend rapidement à s'extérioriser. Notons cependant que chez l'enfant que nous avons observé, le début s'annonça par une gêne respiratoire très marquée. Dans la plupart des cas, l'attention se trouve attirée par l'apparition d'un gonflement et d'une rougeur de toute une moitié de la face, ces symptômes ne tardant pas à se localiser plus

particulièrement à la région sous-orbitaire. De plus, à l'examen de la cavité buccale, on découvre fréquemment sur la gencive supérieure qui est tuméfiée, ou au niveau de la fosse canine, une dent en éruption, laquelle est d'ailleurs peu adhérente. Quelquefois, il existe, comme dans les observations de Douglas et de Castex, un soulèvement de la moitié correspondante de la voûte palatine ; le maxillaire supérieur semble alors faire saillie dans toutes les directions.

A sa période d'état, l'affection est caractérisée par :

a) Un écoulement continu de pus sanguinolent par la narine, qui s'accroît à chaque pression exercée sur la joue, au niveau de la fosse canine, sur la tumeur sous-orbitaire, à un centimètre environ au-dessous de l'angle interne de l'œil, ou sur la voûte palatine.

b) La formation d'une fistule succédant à l'ouverture de la tuméfaction phlegmoneuse sous orbitaire.

c) L'existence d'un certain degré d'exophtalmie avec hyperhémie des paupières et congestion de la conjonctive.

d) Quelquefois l'ouverture de l'abcès au niveau de la gencive.

De l'eau injectée dans la fistule cutanée sous-orbitaire sort par la narine. De même, un stylet, engagé dans l'orifice de la fistule, se dirige de haut en bas et de dehors en dedans dans la direction de la narine et rencontre le plus souvent de l'os dénudé. Un stylet introduit dans la fistule gingivale pénètre dans une cavité assez vaste, qui n'est autre que la cavité alvéolaire.

A ces signes, viennent fréquemment s'ajouter quelques phénomènes généraux : cris, agitation, dépérissement de l'enfant, élévation de température, qui s'atténuent dès que le pus trouve une issue.

La durée de l'affection est extrêmement variable ; elle dépend beaucoup de la rapidité avec laquelle on intervient et des soins consécutifs. La sécrétion de pus, sans cesser tout à fait, peut diminuer considérablement, pour se reproduire peu de temps après, et cela à diverses reprises, tant que le dernier séquestre n'est pas éliminé.

Il persiste même quelquefois, après cicatrisation complète des fistules sous-orbitaire et alvéolaire, un léger écoulement

purulent ou séro-purulent par la narine, comme en témoignent notre observation personnelle et celle de Rudeaux.

Traitement. — Il ne peut être question d'un traitement médical. Les lavages ne sauraient donner de résultat ; ils devraient être continués un certain temps, et l'état précaire de l'enfant exige une guérison rapide.

Trois voies s'offrent à nous pour le traitement chirurgical de la sinusite maxillaire du nouveau-né.

a) La voie buccale.

b) La voie nasale.

c) La voie externe.

1° *Voie buccale.* — Il paraît simple, au premier abord, d'agir chez le nouveau-né comme chez l'adulte et de le guérir par l'opération de Luc : incision de la gencive, rugination, attaque au ciseau de la fosse canine, ablation de la paroi antérieure et large contre-ouverture de la paroi nasale. Mais la chose n'est pas possible. Lorsqu'on incise dans le sillon gingivo-labial, les tissus sont si tendres que le bistouri tombe d'emblée dans une cavité, mais celle-ci n'est pas le sinus, c'est la cavité alvéolaire, séparée elle-même du sinus, comme nous l'avons vu, par une épaisseur d'os de deux millimètres au moins. Si, ensuite, on prend la curette, pour nettoyer la cavité ouverte par le bistouri, ce ne sont pas des granulations qu'on en retire, mais de petits corps blancs et durs : les dents. Un essai d'intervention par voie buccale est donc à rejeter pour une double raison : elle ne mène pas directement dans le sinus, mais dans la cavité alvéolaire ; elle entraîne la chute de plusieurs dents, lesquelles sont perdues à jamais.

2° *Voie nasale.* — Théoriquement, elle serait bonne ; pratiquement, elle ne vaut rien : en effet, la rhinoscopie n'est pas faisable chez le nouveau-né et l'effraction de la paroi externe ne pourrait s'effectuer qu'à l'aveugle et au jugé. Or, le sinus étant situé tout près de l'orbite, une échappée serait facile et dangereuse. De plus, malgré nos mensurations exposées plus haut, on n'est jamais sûr d'avoir pénétré dans le sinus.

3° *Voie externe.* — Elle est certainement la plus aisée. Il faut se rappeler que le sinus est situé juste en dedans du trou sous-orbitaire et légèrement au-dessus. On fait une petite inci-

sion partant du pied de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et atteignant le tiers moyen du plancher orbitaire; on rugine en ayant soin de bien mettre à jour le trou sous-orbitaire, qu'on prend pour point de repère. On fait sauter la paroi osseuse un peu en dedans et au-dessus de cet orifice ; on ouvre aussi largement que possible le sinus, on curette, on inspecte la cavité et on fait une large contre-ouverture nasale. Cependant la paroi osseuse externe est généralement assez épaisse ; il serait plus facile d'ouvrir le sinus par le plancher de l'orbite, qui n'est séparé du sinus que par une cloison très mince et presque transparente, mais nous croyons préférable de ne pas pénétrer dans l'orbite d'un enfant en si bas âge.

Nous venons d'établir les voies d'accès au sinus, quel traitement choisirons-nous ?

Etant donné que la voie nasale est incertaine et dangereuse ; que la voie buccale ne permet pas d'aborder directement le sinus et compromet la dentition, une seule voie nous reste, la voie externe, d'autant plus indiquée que, dans la plupart des cas, la route nous aura été tracée par la nature. S'il existe une fistule, l'incision doit se faire sur cette dernière ; on rugine et on agrandit le trajet fistuleux autant qu'il est possible pour permettre un curetage soigneux et une inspection complète de la cavité. On fait ensuite une large contre-ouverture nasale. Un pansement au collodion est appliqué sur la plaie externe.

S'il n'y a pas de fistule, on fait l'incision, comme nous l'avons indiqué plus haut, et une fois l'os effondré, on termine l'opération comme en cas de fistule.

S'il y a un fistule gingivale, il sera bon de laver pendant quelque temps la cavité alvéolaire et on n'arrivera à la cureter que si les lavages restaient sans succès ou si l'état du petit malade n'était pas satisfaisant.

S'il existe une fistule gingivale avec suppuration nasale sans fistule cutanée, la famille peut se refuser à une opération, laissant sur la peau une cicatrice. On est donc forcé dans ces cas d'opérer par voie buccale. Il faut bien se rappeler alors que le sinus ne peut être abordé directement par cette voie et que l'on doit passer tout d'abord par la cavité alvéolaire. On effondre donc cette cavité le plus en dedans possible, puis la

curette menée en haut et en dedans, on perce la lame osseuse qui sépare les deux cavités. On établit ainsi une communication assez large pour faciliter le curetage du sinus.

On a tout intérêt dans cette opération à ne pas cureter trop en dehors : moins on ira en dehors, et moins les dents auront chance de tomber.

De toute façon, la guérison radicale serait difficile à obtenir, vu la friabilité des parois et le danger qu'il y aurait à mener la curette avec trop de vigueur.

III

TRAVAIL DU SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

—

TUBERCULOSE NASALE ET MÉAT INFÉRIEUR ; DEUX CAS DE TUBERCULOSE NASO-LACRYMALE

Par **Henri CABOCHE.**

On décrit classiquement à la tuberculose nasale (outre une forme miliaire aiguë) : une forme primitive caractérisée par une tumeur implantée sur la cloison nasale ; une forme ulcéreuse, secondaire, dont la lésion présente les caractères habituels de l'ulcération tuberculeuse ; et une forme atténuée ou lupus de la pituitaire.

Dans ces différentes formes la lésion siégerait presque exclusivement sur la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, ou sur le tiers antérieur des cornets inférieurs (on peut discuter et on a discuté la valeur de cette distinction en trois formes de la tuberculose nasale). Nulle part, il n'est question du méat inférieur comme siège initial de la tuberculose nasale.

Pourtant, le fait ne nous paraît pas sans importance.

Dans un travail paru récemment dans ce journal, nous avons montré que, parfois, le lupus nasal débute par le méat inférieur, produisant rapidement l'infection des voies lacrymales ; en sorte que la présence de l'épiphora doit faire rechercher le lupus au méat.

Dans ces cas, rien ne prouve que l'infection des voies lacry-

males soit de nature tuberculeuse, il est même vraisemblable qu'il s'agit d'une infection banale, nullement spécifique, survenue à l'occasion des lésions du méat.

Dans les deux observations que nous publions aujourd'hui, la lésion tuberculeuse a rapidement envahi les voies lacrymales, pour, de là, se propager à la peau de la joue, soit sous forme de lupus, soit sous forme de tuberculose cutanée. Ce n'est donc plus simplement de tuberculose nasale qu'il s'agit, mais de ce qu'on pourrait appeler la *tuberculose naso-lacrymale.*

OBSERVATION I

Tuberculose du méat inférieur. Larmoiement. Fistulé lacrymale.

F. G., 11 ans, vient dans le service du Dr Sébileau à Lariboisière, où il nous est adressé par le Dr Morax, le 24 octobre 1905.

Son attention a à peine été attirée du côté de ses fosses nasales par un peu de gêne respiratoire. Il nous est envoyé du service d'ophtalmologie pour voir si quelques lésions nasales ne contribueraient pas à entretenir l'infection de ses voies lacrymales.

Il a été opéré, en effet, en juin 1905, pour de la péricystite lacrymale. Depuis, une fistule lacrymale persiste, minuscule, recouverte d'une petite croûtelle méllicerique.

L'enfant a été élevé au sein par sa mère. Celle-ci, atteinte de lupus de la face, est morte alors que l'enfant était âgé de 5 ans et demi.

Le début du larmoiement remonterait à l'âge de 5 ans. Un an plus tard, serait apparue déjà une fistule lacrymale qui se serait tarie quelque temps après.

A la rhinoscopie, on ne constate au premier abord que de simples lésions de catarrhe chronique, avec pâleur générale de la muqueuse. Les cornets sont de volume normal, plutôt un peu hypertrophiés.

A un examen plus attentif, on constate la présence dans le méat inférieur droit, à sa partie antérieure, d'une sorte de fongosité molle, blanchâtre, frambœsoïde, saignant au contact du stylet, et du volume d'un tout petit pois. Sans un examen systématique, du méat inférieur, cette lésion serait passée inaperçue. Elle se différencie mal, en dehors, de la face méatique du cornet inférieur.

L'enfant présente les attributs extérieurs du lymphatisme (pâleur, bouffissure des lèvres, cils très longs, adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes bilatérales).

Pas de végétations adénoïdes. J'enlève à la curette la petite fongosité, pour l'inoculer dans la gaine du grand droit d'un cobaye.

Badigeonnage à l'acide lactique au 1/10.

Nous revoyons l'enfant le 22 novembre ; dans l'intervalle nous lui avons fait subir un deuxième curetage de la fongosité qui avait récidivé.

Les adénopathies cervicales ont énormément diminué.

Le cobaye inoculé meurt accidentellement huit jours après l'inoculation.

Le 10 janvier 1906, la fistule se transforme, elle a augmenté de volume et ses bords se décollent.

La fongosité du méat inférieur est reparue pour la troisième fois, plus volumineuse.

Nous essayons de faire la méatoscopie avec un long spéculum analogue au spéculum de Toynbee, mais dont la partie tubulaire deux fois et demie plus longue a la forme d'un cylindre aplati sur un de ses diamètres. Nous constatons alors que la face méatique du cornet inférieur est fongueuse, saigne au contact du spéculum : la fongosité visible par la simple rhinoscopie provient vraisemblablement de là.

En outre, le malade se plaint, cette fois, de gêne très manifeste de la respiration nasale du côté malade. Effectivement, le cornet inférieur de ce côté, toujours très pâle, a triplé de volume depuis notre dernier examen ; il est actuellement directement en contact avec la cloison nasale.

Nouveau curettage après résection de la tête du cornet inférieur. Nouvelle inoculation dans la gaine du grand droit d'un cobaye.

La résection du cornet s'accompagne d'un bruit sec, cassant, analogue à celui produit par l'écrasement du verre ; comme si le cornet osseux était atteint d'ostéite.

Dès le début de février on constate sur le cobaye inoculé un chancre caractéristique au point d'inoculation, accompagné d'adénites inguinales. Il semble donc bien que l'inoculation soit positive. Pourtant, actuellement le cobaye est encore vivant et nous voulons attendre encore avant de le sacrifier.

15 février. — Nous revoyons le malade. A la place de la fistule on trouve une ulcération de la dimension de deux pièces de vingt centimes accolées. Les bords sont décollés, bleuâtres, le fond est

bourgeonnant, mamelonné. L'ensemble est rose violacé. Aucun nodule lupique à la périphérie.

Pointes de feu sur l'ulcération. Malade encore en traitement.

OBSERVATION II

Tuberculose du méat inférieur. Larmoiement. Fistule lacrymale. Lupus de la face et lupus du larynx.

Louise B., 17 ans, vient à la consultation laryngologique de l'hôpital Lariboisière le 20 mars 1906.

Elle est soignée à l'hôpital Saint-Louis pour lupus de la face et nous est adressée pour une gêne considérable de la respiration nasale dont elle se plaint depuis un certain temps déjà.

Trois ans avant notre examen, apparaissait un larmoiement bilatéral qui avait été précédé, cinq ou six mois avant, d'une gêne prononcée de la respiration nasale, surtout à droite.

Depuis l'âge de trois ans, d'ailleurs, la malade déclare avoir toujours mouché beaucoup de croûtes épaisses et sentant mauvais. Puis, avec la disparition des croûtes, apparurent la gêne respiratoire et le larmoiement.

Actuellement elle présente un lupus de là joue droite et de la partie gauche de la face au-devant de la région massétérine ; tous les deux en voie de guérison. En outre, une ulcération existe à l'angle externe de l'œil gauche, dans la région du sac lacrymal. Ulcération violacée à bords atones, décollés, et irrégulièrement déchiquetés, à fond granuleux et fongueux.

Le lupus de la pommette droite serait survenu il y a deux ans et demi ; greffé sur une ulcération consécutive à une fistule lacrymale ayant succédé elle-même à un abcès du sac.

Six mois après, apparaissait le lupus de la partie gauche de la face greffé sur une adénite pré-massétérine qui suppura et s'ouvrit spontanément.

Actuellement on constate une plaque cicatricielle du volume d'une pièce de cinq francs, à cheval sur la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche, au-devant du masséter ; entourée d'un cercle de nodules lupiques en évolution. A la palpation on sent encore au centre de la plaque un ganglion mobile non adhérent à la peau.

Quant à l'ulcération de la région lacrymale gauche, elle est sur-

venue il y a trois semaines, consécutivement à un abcès du sac incisé dans le service du Dr Morax à Lariboisière.

La rhinoscopie antérieure montre à une première inspection des lésions bilatérales de rhinite hypertrophique ; mais, à un examen plus attentif, on peut voir de chaque côté, dans la partie antérieure du méat inférieur, la même petite fongosité que nous avons déjà décrite dans l'observation précédente.

Cavum sain.

Lésions lupiques manifestes de l'épiglotte, pas de lésions de l'oropharynx.

Poumons : rien d'anormal à l'auscultation.

Le 24 mars 1906, nous pratiquons la résection du 1/3 antérieur du cornet inférieur pour nous donner du jour sur la région méatique.

Nous désinsérons d'abord la tête du cornet inférieur à la petite pince emporte-pièce de Ruault ; puis le 1/3 antérieur du cornet, en longeant autant que possible l'arête de son bord supérieur. A notre grande surprise, il nous est très difficile d'insinuer l'instrument entre la face externe du cornet et la paroi sinusale du méat. De plus, quand la résection du cornet est terminée, cette paroi sinusale, au lieu de son aspect lisse habituel, se présente rugueuse, rougeâtre, saignante, tomenteuse.

Nous en faisons le curetage et adjoignons un badigeonnage à l'acide lactique au 1/10.

Malade encore en traitement.

Quelle est la nature de cette lésion du méat inférieur ? — Le doute ne nous semble guère possible.

L'observation I nous paraît très démonstrative à cet égard. — L'ulcération lacrymale est évidemment le reflet ou plutôt la propagation de la lésion méatique. Or, cette ulcération a tous les caractères de l'ulcération tuberculeuse (à noter qu'il n'y a nulle part à sa périphérie de nodules lupiques). D'ailleurs, l'inoculation au cobaye a été positive, puisqu'un mois après il y avait un chancre au point d'inoculation et adénites inguinales.

Dans l'observation II, les lésions ressemblent trop à celle de l'observation I pour ne pas être de même nature : même fongosité du méat inférieur, même larmoiement ; lupus cutané succédant à la fistule lacrymale.

Mais ici les lésions sont beaucoup plus étendues puisque la face méatique du cornet inférieur est très adhérente au méat, et que la face sinusienne de ce dernier est fongueuse dans toute l'étendue de la résection du cornet inférieur (1/3 antérieur).

Toutefois, si la nature tuberculeuse de l'affection ne nous paraît pas pouvoir être sérieusement discutée, nous sommes assez embarrassés pour la faire rentrer dans une des formes connues de tuberculose.

S'agit-il de tuberculose proprement dite? S'agit-il de la forme atténuée, de lupus?

Les lésions présentent vraiment un aspect bien différent de celui qu'on est habitué de voir dans le lupus de la pituitaire.

Sans doute celui-ci peut débuter par le méat inférieur. Dans un article paru dans les *Annales* (tome XXXII, 1906) et auquel nous avons déjà fait allusion, nous avons bien décrit un début à forme lacrymale du lupus de la pituitaire. Mais dans ces cas de lupus, ce que nous avons vu ce sont de simples *granulations* du volume de deux à trois têtes d'épingles situées sur le plancher du méat, et non pas cette *fongosité* pendante du méat inférieur et de la face méatique du cornet. Dans ces cas, comme dans les 15 autres cas de lupus de la pituitaire que nous avons pu examiner, jamais l'examen du méat inférieur à l'aide de notre spéculum ne nous a révélé de pareilles lésions fongueuses.

Enfin ce que montre la rhinoscopie, au cas de lupus, ce n'est pas une hypertrophie lisse, volumineuse du cornet inférieur, comme dans nos deux cas, mais, avec une augmentation de volume très faible du cornet ou même un peu d'atrophie, un aspect mamelonné tout à fait caractéristique.

Nous rapprocherons plutôt la lésion de celle décrite par Melzi, dans les *Archives internationales de laryngologie* (Melzi, ulcération tuberculeuse primitive du cornet inférieur, *Archiv. internat.*, juillet-août 1904). Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans venue à sa consultation pour obstruction nasale considérable. L'aspect objectif était celui d'une rhinite hypertrophique banale : turbinotomie.

La face méatique du cornet inférieur est trouvée occupée

par une large ulcération complètement insoupçonnée, et qui, examinée histologiquement, laissa voir de nombreuses cellules géantes.

Nous croyons donc qu'il s'agit là d'une forme de tuberculose de localisation spéciale. D'une sorte de tuberculose végétante du méat inférieur.

Quelle est la pathogénie de cette affection ?

Deux explications se présentent à l'esprit :

1° Ou bien le méat inférieur est contaminé primitivement par l'air qui pénètre dans les fosses nasales. L'infection des voies lacrymales est alors ascendante.

2° Ou bien l'infection du méat se fait par les larmes : c'est une infection descendante de la fosse nasale.

La première explication nous paraît la bonne, et cela, pour les raisons suivantes :

A) parce que *théoriquement* la voie nasale constitue une porte d'entrée autrement large que les deux minuscules points lacrymaux.

B) parce que *cliniquement* les lésions nasales ont précédé le larmoiement. C'est six mois avant l'apparition du larmoiement que notre deuxième malade se plaint de gêne respiratoire.

D'ailleurs, très rapidement, méat inférieur et voies lacrymales se trouvent simultanément atteints : il s'agit alors, véritablement, de *tuberculose naso-lacrymale*.

Ajoutons que, dans l'observation I, le cornet inférieur s'est montré atteint d'ostéite (section friable, cassante, vitreuse). S'agirait-il d'une infection tuberculeuse primitivement osseuse comme Koschier en a publié quelques cas ? (Koschier, *Wien. Clin. Woch.*, n°s 37-42, cité par Melzi.)

Nous pouvons dire, pour conclure : Il existe une forme de tuberculose nasale végétante, débutant par le méat inférieur ; qui, rapidement, envahit les voies lacrymales, constituant ainsi la tuberculose naso-lacrymale.

Fonctionnellement elle se traduit par de simples troubles d'obstruction nasale et de l'épiphora.

Objectivement elle se caractérise par de l'hypertrophie du cornet inférieur, cachant des lésions fongueuses du méat, et,

rapidement, par la fistule lacrymale et la tuberculose cutanée.

En terminant nous croyons devoir insister sur la nécessité de faire, dans tous les cas d'épiphora, la méatoscopie, soit à l'aide de notre spéculum, soit à l'aide du spéculum dilatateur de Killian. De cette façon on peut espérer dépister la lésion au début et éviter, par un traitement approprié, l'envahissement des voies lacrymales, et, secondairement, de la peau.

Le traitement a été conduit de la façon suivante : turbinotomie du cornet inférieur; curettage du méat et badigeonnage à l'acide lactique. Concomitamment, les lésions des voies lacrymales étaient traitées dans le service d'ophtalmoscopie par les procédés habituellement employés pour les tuberculoses du sac.

IV

NOUVEAU CAS DE LARYNGECTOMIE TOTALE EN DEUX TEMPS

Par **LE BEC**, chirurgien de l'Hôpital Saint Joseph.

J'ai déjà eu l'occasion de publier, dans ce journal, 5 cas de laryngectomie totale par ce procédé. Voici un nouveau cas opéré en mars de cette année. Tout s'est passé avec une simplicité et une facilité surprenantes, que je n'avais pas encore vues. Le malade a supporté les deux opérations sans presque être incommodé.

M. C..., professeur, a remarqué que sa voix se voilait depuis treize à quatorze mois. Depuis huit mois, il est presque aphone. Il a remarqué en même temps qu'il a maigri, mais ne ressentait pas de douleurs.

En janvier 1906, les douleurs ont fait apparition. C'est une souffrance lancinante, presque continue, mais rarement insupportable, sauf quelquefois pendant la nuit. Elle se manifeste à droite du cartilage thyroïde. Elle est augmentée par la salivation et la déglutition.

La respiration est gênée, il s'est établi du cornage. La marche est devenue difficile à cause de l'essoufflement. Depuis deux mois, l'état général est moins bon, le malade mange mal et maigrit beaucoup.

Examen laryngoscopique fait par le D[r] Chatellier. On constate une masse bourgeonnante, occupant les deux cordes vocales. Le larynx est peu sensible à la pression, sauf en haut et à droite. Les ganglions du cou sont sains, le mal ne semble pas avoir dépassé le larynx.

Je me décide à intervenir le 30 mars 1906.

Première opération. — Je fais une large incision allant du sternum au cartilage thyroïde. Je sépare les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien. Je relève l'isthme du corps thyroïde qui sai-

gne beaucoup. La trachée est découverte. Je la dissèque sur les côtés en ménageant tout ce que je puis du tissu cellulaire, pour éviter la nécrose des anneaux, dont les vaisseaux pourraient être détruits. Je la sépare de la fosse antérieure de l'œsophage, et je la renverse en avant. Quand elle est assez mobile, je la fixe à la peau par six à sept points de suture à la soie. Une canule d'argent est mise dans la trachée.

Le malade s'habitua très bien à cet état de choses, et guérit sans fièvre. Les fils de soie furent retirés le dixième jour, et l'on vit que la trachée était solidement fixée au fond d'un entonnoir cicatriciel.

Seconde opération. — Au bout de vingt jours le malade fut de nouveau endormi. Je fis une incision partant de l'os hyoïde et se bifurquant en bas de chaque côté de l'ouverture trachéale. L'isthme du corps thyroïde fut sectionné et les deux moitiés écartées. Les muscles sterno-thyroïdiens furent détachés et écartés. Le larynx fut disséqué sur le côté et enlevé, comme une tumeur de bas en haut, et détaché de l'os hyoïde. J'eus soin de ménager les attaches des muscles du pharynx qui restait ouvert.

Une sonde œsophagienne fut introduite par le nez et descendue dans l'estomac. Par-dessus la sonde, les muscles pharyngiens furent suturés sur deux plans, formant ainsi un canal bien refermé. Par-dessus, je ramenai toutes les parties molles, en les fixant par des points au catgut. Deux tubes à drainage furent placés sur les côtés, et la peau fut suturée verticalement.

Tout se passa sans fièvre. La température ne dépassa jamais 38°. Les sutures furent retirées le douzième jour, le drain le seizième jour et la sonde le vingtième jour. Le malade se nourrit encore pendant quelques jours avec des aliments liquides, puis pâteux. Depuis assez longtemps, il peut avaler des solides.

La santé est redevenue bonne et, chose curieuse, la voix chuchotée produit des sons assez perceptibles. J'espère donc que ce malade bénéficiera assez longtemps de cette grave intervention.

J'insiste encore sur les avantages de ce procédé en deux temps. Le traumatisme est réellement réduit à son minimum. Chez ce dernier malade, il fut si peu de chose que l'opération nous parut presque bénigne. C'est qu'il avait eu le temps de reprendre des forces entre les deux séances opératoires.

Examen de la pièce. — Le larynx est rempli de bourgeons épithéliaux, surtout au-dessous du vestibule.

Histologiquement, c'est un vulgaire épithélioma pavimenteux.

V

PARALYSIE RÉCURRENTIELLE PAR COMPRESSION THYROIDIENNE — THYROIDECTOMIE GUÉRISON

Par **DIRIART** et **ROZIER** (de Pau) (1).

Mme X..., 40 ans, cuisinière, originaire des Basses-Pyrénées, a toujours eu une santé des plus délicates. En février 1904 elle fait une infection grippale qui ne dure qu'une quinzaine de jours, mais qui atteint assez fortement son état général; car nous la trouvons trois ou quatre mois plus tard dans un état de faiblesse extrême. Elle ne mange plus. Sa figure devient terreuse. Deux ou trois fois elle crache du sang en assez grande abondance. A ce moment sa maigreur frappe tout son entourage et effectivement elle a perdu 8 kilogrammes en dix mois.

Subitement, au mois de janvier notre malade ne peut plus parler à voix haute; c'est à peine si de temps en temps elle peut émettre dans le courant de la conversation quelques sons nettement perceptibles pour son entourage. Cette aphonie d'ailleurs ne fait qu'augmenter; et au bout de quelques jours c'est à peine si on peut distinguer ce qu'elle dit, car elle chuchote plutôt qu'elle ne parle.

Elle met le tout sur le compte d'un refroidissement, n'attachant aucune importance à cette aphonie. Subitement le tableau devient plus dramatique. Pendant la nuit elle est prise d'un accès de suffocation qui dure cinq à six minutes et qui effraye son entourage. Une crise analogue se reproduit quelques jours après. C'est à ce moment que la malade inquiète va consulter le Dr Diriart. L'examen complet de la malade n'avait rien relevé de particulier, et le diagnostic allait être rendu bien difficile; lorsqu'il remarqua sur le côté gauche du cou une tumeur goitreuse. La

(1) Communication à la Société française d'oto-laryngologie, mai 1906.

malade n'avait attaché aucune importance à cette grosseur. Elle avoua cependant que depuis quelques mois il lui avait semblé que son cou avait augmenté de volume.

Cette tumeur envahissait la partie gauche de la région cervicale antérieure. Sa limite supérieure correspondait très nettement à la partie moyenne du rebord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien, dont les fibres musculaires recouvrent une partie de la masse. La partie inférieure plonge dans le creux sus-sternal, mais à l'occasion des mouvements de déglutition on obtient la délimitation très nette de la partie inférieure.

L'aspect général de la tumeur peut être comparé à la forme d'une orange dont le diamètre antéro-postérieur est sensiblement augmenté. Elle paraît mobile. La pression ne provoque pas la moindre douleur. Absence de toute trace ganglionnaire, et pas de tumeur accessoire.

En présence de cette tumeur, de cette voix rauque, voilée, presque pâteuse, et des mouvements respiratoires fréquents s'accompagnant d'un léger tirage, on fait le diagnostic de paralysie récurrentielle par compression thyroïdienne et la malade m'est adressée en vue d'un examen laryngoscopique.

Le pharynx ne présente rien de particulier. L'épiglotte est normale. L'examen du larynx présente une certaine difficulté parce que la tumeur goitreuse a légèrement refoulé le larynx à droite.

La muqueuse laryngienne est rouge, légèrement infiltrée, notamment au niveau des bandes ventriculaires et de la région inter-aryténoïdienne.

Les cordes vocales sont rosées.

Pendant la respiration, la glotte est largement ouverte ; la corde vocale gauche paraît inerte, flasque et comme raccourcie. Elle se tient dans la position intermédiaire entre la position de phonation et de respiration, affectant la position dite cadavérique. Son bord libre est concave. La corde vocale droite est normale (*fig.* 1).

Pendant la phonation, les cordes vocales ne se rapprochent pas. La corde vocale droite vient bien sur la ligne médiane, la dépasse même un peu, mais la corde vocale gauche reste immobile (*fig.* 2).

Quant aux cartilages aryténoïdes, ceux du côté droit se meuvent comme d'habitude, en avant et en dedans, ceux du côté gauche le font aussi, mais dans une plus faible mesure.

Il n'y avait pas de doute, nous portâmes le diagnostic de paralysie récurrentielle gauche par compression thyroïdienne, et nous conseillâmes fortement l'opération pour essayer de parer si possible aux phénomènes de suffocation et d'aphonie.

L'opération fut faite le 2 mars par le Dr Diriart, à sa clinique, avec l'assistance du Dr Darrieu qui chloroformisa la malade.

Après un nettoyage minutieux du champ opératoire, la tête fut posée sur un coussin dur qui permet l'allongement maximum de la région cervicale. On fait une incision qui longe le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien pour aboutir à la partie moyenne du bord supérieur du sternum. Cette incision légèrement oblique de haut en bas, de dehors en dedans, correspond à la partie moyenne de la masse thyroïdienne. Elle intéresse la peau, le tissu cellulaire, les plans aponévrotiques superficiels et moyens, au-dessous desquels on découvre la masse du goitre mobile, que croise diagonalement une grosse veine qui est sectionnée entre deux pinces. Le rebord du sterno-mastoïdien est rejeté en dehors et maintenu dans cette position par un écarteur confié à un aide.

En s'aidant des doigts et de la sonde cannelée et après avoir assuré une hémostase superficielle parfaite, on détache tous les

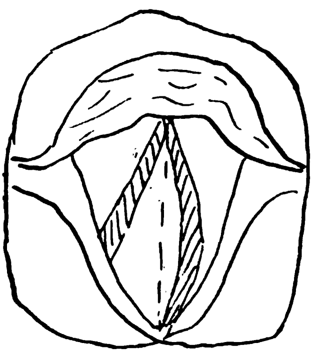


Fig. 1.

plans musculo-aponévrotiques qui fixent la tumeur. Celle-ci devient facilement mobilisable.

A ce moment on détache de l'angle supérieur de la tumeur un pédicule sur lequel on porte à 3 centimètres au-dessus du goitre une ligature au catgut. Ce pédicule renferme la thyroïdienne supérieure. On sectionne au ciseau au-dessous de cette ligature. L'hémostase est satisfaisante.

On récline alors la tumeur en dedans, et dans ce mouvement de bascule on se rend compte nettement qu'un prolongement de

la tumeur se trouve placé dans la gouttière trachéo-œsophagienne et qu'en un point il comprime la région sous-jacente (*fig.* 3).

La libération du pédicule supérieur permet de récliner facilement la tumeur en dedans.

Ce mouvement de bascule met en évidence un pédicule latéral qui renferme la thyroïdienne inférieure, sur lequel on porte une ligature. A partir de ce moment la tumeur est facilement détachée au doigt du plan profond auquel elle n'adhère que par des tractus fibro-musculaires, sans déterminer de déchirures vasculaires importantes.

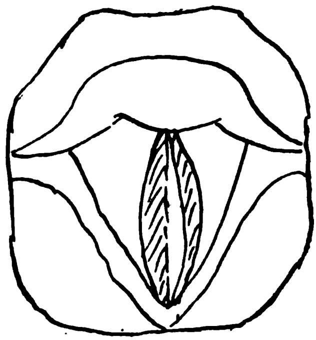


Fig. 2.

On assure une hémostase aussi complète que possible en liant artères et veines pincées au cours de l'opération, en dehors des deux gros pédicules mentionnés plus haut.

Quelques catguts isolés assurent le rapprochement des plans musculaires. Le drainage est assuré par un drain en caoutchouc qui, placé au fond de la plaie, émerge par un orifice situé à trois centimètres en dehors de la suture cutanée. Crins de florence pour suturer la plaie. Pansement à la gaze iodoformée, ouate.

L'opération ainsi conduite, c'est-à-dire en liant primitivement les deux pédicules supérieurs et inférieurs, a été pratiquée presque sans perte de sang.

Durée de l'opération, un quart d'heure.

Le goitre enlevé avait à peu près le volume du poing. Il était ovoïde, piriforme, allongé de haut en bas. Une coupe de la tumeur nous a montré l'existence de petits kystes inclus dans la masse charnue du goitre, remplis de liquide.

Le jour même de l'opération, il n'y eut pas la moindre élévation de température.

Pouls excellent, respiration normale.

Elle passa successivement bien sa première nuit et n'eut pas la moindre crise de suffocation. Le lendemain notre malade n'avait plus cette voix pâteuse, voilée qu'elle avait auparavant, et qui faisait qu'on la comprenait difficilement. Elle parle à voix basse, c'est vrai, mais sa voix parait plus forte. Le soir il y a même certains sons aigus que la malade peut émettre : mais la malade étant assez fatiguée, nous imposons le silence le plus absolu.

Le 3 mars, la voix commence à s'éclaircir. Il y a encore quelques trous dans la voix, mais la conversation est possible à voix haute. Cette amélioration va en s'accentuant tous les jours à un tel point que le huitième jour la voix parlée était normale, et nullement bi-tonale.



Fig. 3.

Le travail de cicatrisation de la plaie opératoire suivait son cours normal : et vingt jours après, la malade quittait la clinique complètement guérie.

L'examen laryngoscopique pratiqué six jours après l'opération nous montra un peu de laryngo-trachéite. Pendant l'inspiration la corde vocale gauche a à peu près la même élasticité que la droite. Elle n'est plus en position cadavérique, subissant l'influence physiologique des muscles qui la commandent. Pendant la phonation, les deux cordes se rapprochent. Il y a seulement un peu de parésie de la corde vocale gauche. Quinze jours après, cette parésie n'existait plus.

La malade revue il y a un an, c'est-à-dire il y a un mois environ, jouissait d'une excellente santé. Sa cicatrice était à peine

visible. Son appétit était revenu, et son poids s'était accru de 6 kilogrammes. Quant à sa voix, elle était excellente. Nous ne pourrions d'ailleurs mieux finir qu'en vous disant que cette malade va se marier dans quelques jours.

En résumé, nous avons eu affaire ici à une tumeur goitreuse probablement d'origine sarcomateuse, qui subitement s'est développée, dans la gouttière trachéo-œsophagienne, comprimant la trachée d'un côté, le récurrent de l'autre. Cette tumeur siégeant à gauche, la compression du récurrent n'en a été que plus facile, car nous savons que de ce côté le récurrent n'est guère protégé par la trachée.

De plus, l'hypertrophie du corps thyroïde peut comprimer les récurrents qui au niveau du troisième anneau de la trachée se placent au-dessous de l'extrémité inférieure des lobes latéraux du corps thyroïde. Lubet-Barbon (1), Lermoyez (2), Moure signalent la présence de ces paralysies. Une statistique d'Avellis qui porte sur 150 cas de paralysie récurrentielle nous donne une bonne vue d'ensemble sur la pathogéuie de cette affection. D'après cette étude, quatre-vingt-cinq fois seulement l'étiologie put être reconnue et parmi les influences pathogéniques que l'on put déterminer, on trouva en première ligne les anévrismes thoraciques, et en deuxième ligne les tumeurs goitreuses, puisqu'on put les mettre en cause quatorze fois.

Les cas de guérison de paralysie récurrentielle obtenue à la suite de la thyroïdectomie sont peut-être plus rares. Il faut sans doute incriminer le peu d'empressement que le malade met à consulter un médecin et à se laisser opérer, si c'est nécessaire. Le succès que nous avons eu chez notre malade n'est certainement dû qu'à la rapidité avec laquelle on a agi chirurgicalement.

(1) Lubet-Barbon. — *Etude sur les paralysies des muscles du larynx*, Paris, 1887.

(2) Lermoyez. — *Les causes des paralysies récurrentielles.* Rapport au Congrès de Laryngologie de 1897.

VI

APPAREILS AUDITIFS ET MOUVEMENTS OCULAIRES

Par le Prof. **INO KUBO** (Fukuoka, Japon).

Messieurs,

Je voudrais vous communiquer les résultats suivants des expériences sur les mouvements oculaires qui sont provoqués par l'oreille. Je le ferai en résumé.

C'est un fait cliniquement reconnu que le malade se plaint souvent de vertige quand on lui fait des injections dans le conduit externe. Urbantschitsch a déjà remarqué que les injections dans l'oreille, avec de l'eau très froide ou très chaude, provoquent, chez l'homme, le nystagmus.

Baginsky a fait des injections dans l'oreille du chien (après perforation du tympan) avec de l'eau froide et chaude et avec des produits chimiques : il a constaté à la suite du nystagmus. Barany a récemment étudié le nystagmus qui se produit chez l'homme à la suite d'injections dans l'oreille, et il a trouvé que les mouvements du nystagmus, après applications chaudes et froides, se produisaient en sens inverse, tandis que l'eau, à la température du corps, ne provoquait aucun nystagmus.

Barany a trouvé aussi que, après injection dans l'oreille, la direction du nystagmus était changée si le sujet en expérience inclinait la tête en avant et en bas, et il est arrivé à supposer que l'application du chaud et du froid influence le labyrinthe et produit un mouvement de l'endolymphe, qui doit donner pour résultat le nystagmus.

Brever admet aussi la possibilité que, dans les irritations

(1) Communication au Congrès de Lisbonne, avril 1906.

thermiques des canaux circulaires chez les pigeons, il s'agisse de ce phénomène. Jusqu'à présent, les cliniciens ont admis habituellement que les phénomènes décrits ci-dessus étaient provoqués par la voie reflexe des nerfs sensitifs, tandis que d'autres croient que l'augmentation de la pression dans l'oreille ou des lésions du cerveau par les liquides employés peuvent en être la cause.

Pour rendre pratiques, au point de vue clinique et du diagnostic, ces faits intéressants, il faut les établir d'abord sur des expériences faites sur les animaux. J'ai fait ces expériences, sous la direction du prof. Kreidl, sur des cobayes, des pigeons et autres animaux, et, plus tard, à l'Institut zoologique de Trieste, sur des poissons.

Le premier résultat important est que le nystagmus, après irritation thermique de l'oreille, ne se produit que chez ceux où le nerf acoustique est intact, sans participation de la conscience et des nerfs sensitifs ; ce dont on peut se rendre compte expérimentalement par la section du trijumeau, du facial, du glosso-pharyngien, du sympathique (et en même temps des ganglions cervicaux), de l'optique, par narcose profonde, par cocaïnisation et par ablation d'une grande partie de l'écorce cérébrale.

Les résultats importants des expériences sur les cobayes et les pigeons sont les suivants :

1° L'injection d'eau froide (10°-18° C.) dans l'oreille par le conduit externe donne régulièrement, chez les cobayes, un nystagmus horizontal, bilatéral, dont les mouvements sont dirigés vers le nez pour le côté irrité, et vers l'oreille pour le côté non irrité.

2° Les injections d'eau chaude (52°-70° C.) provoquent de même un nystagmus horizontal, bilatéral, dont les mouvements sont dirigés vers l'oreille pour le côté irrité et vers le nez pour le côté non irrité.

3° La latence (c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre l'injection et le moment où commence le nystagmus) dure de 2 à 19 secondes ; la durée du nystagmus est de 56 à 90 secondes, la fréquence des mouvements du nystagmus est de 90 à 140 par minute.

4° La latence est inversement proportionnelle à la différence entre la température du corps et celle de l'eau employée, et directement proportionnelle à la distance entre l'appareil vestibulaire et le point d'irritation. L'eau à la température du corps ne provoque aucun mouvement oculaire.

5° Le changement de position du corps de l'animal modifie la direction et la fréquence du nystagmus seulement après les irritations thermiques ; tandis que la direction du nystagmus n'est pas influencée dans les autres irritations (mécaniques, électriques ou rotation).

6° Les bulbes ont une position caractéristique pour chaque position du corps : 1° déviation verticale, bilatérale inférieure (position latérale I, côté examiné est en haut) et supérieure (position latérale II, côté examiné en bas) ; 2° déviation rotatoire bilatérale gauche (tête en haut) et droite (tête en haut).

7° Par rotation rapide dans le plan horizontal, les bulbes restent fixées en position caractéristique, déviation horizontale droite (par rotation à gauche) et gauche (par rotation à droite).

8° Le changement de direction et de fréquence du nystagmus est indépendant de la position des bulbes.

9° Le nystagmus, après irritation thermique, se produit encore quand un seul muscle de l'œil fonctionne (le muscle droit externe ou interne).

11° Chez les pigeons, les canaux circulaires réagissent mieux que chez les cobayes. Des trois canaux circulaires, le canal circulaire horizontal réagit le mieux sur l'irritation thermique.

11° L'irritation thermique reste efficace si seule la partie moyenne du canal circulaire est excisée ; après ouverture du vestibule, tout effet cesse.

12° Le chaud et le froid ont un effet opposé ; le froid agit plus promptement que le chaud, mais perd plus rapidement son action.

13° La déviation réflexe du bulbe disparaît seulement après la destruction du vestibule.

14° Le nystagmus provoqué par irritation thermique est un

mouvement réflexe conduit par le nerf acoustique du côté irrité.

15° Les irritations thermiques provoquent les mouvements de l'endolymphe ou mouvements en deux directions « vers le canal » et « vers le vestibule ».

Dans ces deux manières, les nerfs ampullaires sont excités.

16° Le mouvement vers le canal, ou mouvement de l'endolymphe, est le principal irritant pour les nerfs ampullaires. Des trois nerfs ampullaires, celui de l'ampoule horizontale est le plus sensible.

17° Le nystagmus est toujours en direction opposée aux mouvements de l'endolymphe.

18° Deux voies centripètes partent de la crête de l'ampoule horizontale. Chaque voie est, du côté centrifuge, en rapport avec les mouvements conjugués des yeux, de façon à ce que, en même temps, le muscle abducteur d'un côté et le muscle interne de l'autre côté soient influencés.

19° Les canaux circulaires et les ampoules sont destinés à recevoir les sensations de la rotation.

20° Les maculæ de l'utricule et du sac sont destinées à recevoir les sensations de la position de la tête et du corps, et sont excitables par le mouvement et le glissement des otolites.

21° Les positions caractéristiques des bulbes dans chaque position du corps sont des phénomènes réflexes des otolites.

22° Les irritations thermiques sont à peu près de même qualité et de même genre que les irritations mécaniques indirectes et que les irritations par la rotation, tandis que les irritations électriques agissent directement sur les nerfs.

Chez les poissons (Scyllium canicula, Mustelus lævis, Acanthias vulgaris, Raja, Torpeds marmorata, Pétromyzon marianus, Pleuronectus platessa, Rhombus maximus), j'ai pu constater et prouver les mêmes changements dans la position des bulbes par la modification de position du corps, que chez les cobayes et les pigeons, et démontrer que ces mouvements réflexes des bulbes sont provoqués directement par le mouvement et le glissement des otolites de l'utricule et du sac.

Le nystagmus rotatoire est nettement à constater chez les requins et les pleuronectides, tandis que l'on ne constatait

que rarement le nystagmus par irritation thermique. On ne constate pas chez les poissons ci-dessus mentionnés l'inversion de direction du nystagmus à la suite du changement de position du corps après irritation thermique.

Je crois avoir prouvé, dans ce qui précède, que le nystagmus est provoqué par différentes irritations (thermiques, mécaniques, électriques, la rotation) des canaux circulaires (ou mieux des ampoules) et que les mouvements des bulbes dans les différentes positions du corps sont provoqués par irritations réflexes de l'appareil otolitique. Ces phénomènes ne sont pas seulement d'un intérêt physiologique, mais doivent être considérés comme de grande valeur au point de vue clinique et du diagnostic.

SOCIÉTÉS SAVANTES

OCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 20 juillet 1906.

Sous la présidence du Dr Gellé.

1° Fournié. — **Présentation d'un volumineux polype muqueux maxillo-nasal.** — Il n'y a pas que les polypes choanaux qui aient leur point d'implantation dans le sinus maxillaire. Ces myxomes peuvent également avoir des prolongements antérieurs. Dans le cas présenté, le polype était en forme de ⊣ renversé, la branche horizontale correspondant au pédicule central ; des deux autres branches, l'une postérieure ou choanale était entièrement kystique, tandis que la partie antérieure ou vestibulaire avait la consistance des polypes muqueux ordinaires.

2° Lermoyez et Mahu. — **Contribution au traitement de l'otite adhésive.** — Après avoir essayé sans résultat, il y a quatre ans, les injections hypodermiques de thiosinamine (en solution alcoolique à 15 °/₀), en vue de tenter le ramollissement du tissu de cicatrice de l'oreille moyenne dans l'otite adhésive, les auteurs ont eu récemment l'idée de traiter cette affection par des bains locaux avec la même solution. Ces bains d'oreille quotidiens avaient une durée d'une dizaine de minutes et furent, chez quelques malades, suivis d'aspiration dans le conduit faite à l'aide du masseur de Delstanche. Six malades sur huit atteints d'otite adhésive et chez lesquels, bien entendu, la perception osseuse était conservée, virent leur audition très notablement et rapidement améliorée. Chez deux d'entre eux on eut à déplorer le retour de l'écoulement et des hémorragies répétées. Pour obvier à ces inconvénients. peut-être attribuables à l'alcool, les auteurs essaient actuellement des solutions aqueuses de thiosinamine.

Mounier. — Ce médicament agit peut-être comme irritant sur le fond de caisse à la façon de la solution iodo-iodurée employée autrefois par Miot dans l'otite adhésive.

Courtade. — La thiosinamine, suivant certains auteurs, n'a produit d'effet que quand on y a joint le traitement local de l'otite. — Albert Robin a prescrit quelquefois ce médicament à l'intérieur. — A propos des hémorragies observées, j'ai eu l'occasion d'en rencontrer chez des albuminuriques : c'était un polype qui saignait.

Mahu. — Ce n'était pas le cas chez nos malades dont le fond de caisse, complètement épidermisé, ne présentait aucune fongosité.

3° G. Gellé et Coutela. — **Sarcome de la région hypophysaire et de la base du crâne avec prolongement pharyngien** (*Présentation de la pièce et des coupes microscopiques*). — Malade de 22 ans, entrée à l'hôpital pour chorio-rétinite pigmentaire hérédo-syphilitique, portant des cicatrices d'intervention pour tuberculose osseuse du genou et chez laquelle on vit se développer une volumineuse tumeur faisant saillie dans le cavum, à développement et ulcération rapides et ayant été prise au début pour une gomme syphilitique. Le traitement iodo-mercuriel fut sans effet. La malade, qui n'avait présenté comme symptômes que de la paralysie du voile du palais, des troubles de la mobilité oculaire et de la parésie de l'hypoglosse, succomba au bout d'un mois avec des accidents pulmonaires (congestion de la base, dyspnée, etc.).

A l'autopsie, on trouva un sarcome de la base du crâne. Le sinus sphénoïdal avait disparu, le corps du sphénoïde et l'apophyse basilaire de l'occipital avaient été envahis. La tumeur avait détruit tout le tissu osseux sauf les condyles occipitaux ; elle s'arrêtait en avant, au niveau de la selle turcique et faisait saillie à la partie inférieure de la grande aile du sphénoïde.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre :

1° Rareté du fait ;

2° Difficulté du diagnostic (absence de tout élément clinique du syndrome hypophysaire, intégrité du cerveau, etc.) ;

3° Localisation de l'origine de la tumeur (sinus sphénoïdal ou glande pituitaire ?).

4° Félix Regnault présente à la Société une série de terres cuites grecques antiques, représentant des maladies du nez et de la bouche, ainsi que des photographies de terres cuites de même nature, dont la collection est au musée du Louvre et qui ont été découvertes au cours de fouilles pratiquées à Smyrne.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (¹)

Séance du 26 juin 1905.

Président : V. Urbantschitsch

Secrétaire : Hugo Frey

Alt présente **un garçon de 9 ans atteint de paralysie du muscle abducteur de l'œil, de cause otogène.** — En février 1905, l'enfant tomba malade d'une otite moyenne suppurée aiguë gauche, avec forte fièvre et tuméfaction sensible de l'apophyse mastoïde. La douleur, la fièvre et les symptômes de mastoïdite rétrocédèrent, mais se montrèrent de nouveau au commencement de mars et, le 11 mars, la trépanation de l'apophyse mastoïde, avec large ouverture de l'antre, fut nécessaire. On trouva dans les cellules de l'apophyse et dans l'antre une sécrétion muco-purulente. Le traitement post-opératoire fut long à cause d'une sécrétion abondante de muco-pus. Après sept semaines, il se produisit soudainement une paralysie complète du muscle abducteur de l'œil. L'œil ne pouvait aller à gauche au delà de la ligne médiane. Il n'y avait ni vertige, ni douleurs de tête, ni élévation de température. Alt exécuta l'opération radicale par laquelle on reconnut une fistule dans le canal circulaire horizontal. Pendant deux semaines la paralysie de l'abducteur persista, aussi longtemps que dura la sécrétion de la plaie. La sécrétion tarie, la paralysie se transforma lentement en parésie et, au moment de la démonstration, elle se voit encore. Alt ne croit pas que la paralysie du muscle abducteur soit de cause centrale, mais qu'il s'agit d'une paralysie réflexe par la voie du nerf vestibulaire, dont les relations avec le noyau des nerfs oculaires sont très étroites. Il n'y avait aucune raison d'admettre une névrite infectieuse de l'abducteur.

Alt communique ensuite deux cas de **méningite tuberculeuse consécutive à une inflammation suppurée aiguë de l'oreille moyenne, chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire au premier degré.**

(¹) Compte rendu par Lautmann d'après la *Monatsch. fur Ohrenheilkunde*, n° 3, 1906.

Neumann se souvient d'une discussion récente sur ce sujet. Il s'agissait de trois cas de fistules des canaux circulaires, et depuis on a vu cinq nouveaux cas dans lesquels, à la suite de l'opération labyrinthite suppurée, une paralysie et des troubles des muscles oculaires se sont déclarés.

Sacho fait observer que les malades corrigent la diplopie. — Gomperz demande comment est l'état général du malade, puisque la fistule du canal circulaire dans l'otite aiguë est une exception, et qu'on peut suspecter une maladie générale, comme par exemple la tuberculose.

Alt répond à Neumann qu'à la discussion mentionnée il n'était pas présent et qu'il ne se rappelle que de la discussion de 1898.

Kaufmann doute de la relation entre l'otite aiguë et la méningite tuberculeuse dans le cas de Alt. Si les ganglions et ensuite les méninges doivent être atteints, l'intervalle entre l'éclosion de l'otite aiguë et la méningite lui paraît trop court.

Alt dit que dans le premier cas, l'otite s'est déclarée le 1er octobre et que le malade est mort le 13 octobre. La marche a été effectivement foudroyante.

Bing présente un malade avec une **otite moyenne chronique et une destruction du tympan.** — Sur la paroi interne de la caisse on voit un bourrelet osseux s'étendant en haut et en avant, en bas et en arrière et ne laissant libre qu'une partie du plancher et de la paroi interne de la caisse. Il s'agit probablement d'une hyperostose de la paroi postérieure de la caisse.

E. Urbantschitsch présente un **enfant sourd-muet avec anomalies de pigmentation du cuir chevelu et de l'iris.** — A la séance de mars 1903, Hammerschlag a montré deux cas de « surdi-mutité dégénérative » chez lesquels se trouvaient aussi des anomalies de pigmentation, et concluait à la possibilité d'une relation entre les anomalies de pigmentation et la surdi-mutité en les considérant comme signes de dégénération. U. présente un enfant sourd-muet de l'asile des sourds-muets de Vienne. Döbling, avec anomalies dans la couleur des cheveux et colorations différentes des yeux. Le fond de l'œil est normal. La mère de l'enfant a aussi un œil brun et un œil bleu.

Discussion.

Hammerschlag dit que l'anomalie du pigment qui, avec raison, peut être considérée comme étiologiquement liée à la surdité hé-

réditaire dégénérative, est l'albinisme du fond de l'œil décrit par lui chez deux hommes sourds-muets. Hanke a constaté que chez les animaux examinés par lui, ce fond de l'œil albinotique se trouve chez les souris japonaises sourdes. Hammerschlag est convaincu que quelquefois dans la surdité héréditaire des hommes on trouve un albinisme partiel même dans d'autres endroits du corps, et il aura occasion de présenter un enfant sourd-muet chez lequel on trouve réunis : la surdité, des troubles de la démarche, albinisme partiel du cuir chevelu et anomalies congénitales des yeux.

H. Neumann, **présentations** : a) une malade qui a été opérée d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne. Il y avait, avant l'opération, nystagmus des deux côtés et rétrécissement du conduit. L'opération montra une exostose de la grosseur d'un pois à la proéminence du canal horizontal et une hyperostose du tegment tympanique. Le rétrécissement du conduit était circonscrit sur la partie osseuse. N. démontre une préparation de Huguo Frey et trois préparations de Politzer qui montrent la présence d'une exostose dans la paroi interne de la caisse, dont on ne connaît jusqu'à présent que deux cas. Même à un examen superficiel des quatre préparations on a l'aspect d'une radicale naturelle avec guérison d'une labyrinthite suppurée. On voit sur les quatre préparations des fistules de la paroi interne de la caisse, du promontoire, de la proéminence, du canal horizontal, et, sur deux cas, une large ouverture du canal du facial. Il est à supposer que ces exostoses sont le produit d'une périostite plastique et qu'elles nous représentent l'organisation des granulations.

b) Une préparation provenant d'un homme de 26 ans. Il y a deux mois, l'excision d'une tumeur grosse comme le poing dans la région temporale fut pratiquée à la clinique Eiselsberg. Un rétrécissement du conduit par suite de voussure de la paroi de la caisse rendit l'otoscopie impossible. Cette voussure dure était une partie de la tumeur. L'ouïe était bonne. Eiselsberg fit une incision de 6 centimètres de long sur la convexité de la tumeur en avant du pavillon de l'oreille : il s'ensuivit une forte hémorragie et l'opération dut être continuée avec la curette. On excisa des cholestéatomes. Il s'agissait ici du soi-disant cholestéatome crânien qui, de cause épidermique, disséminé de l'épiderme à la pie-mère, peut se développer sur n'importe quel point de cette route. D'après la localisation on a pu distinguer le cholestéatome périostal, osseux et dural. Après l'opération il y eut parésie faciale totale et le nys-

tagmus caractéristique pour les affections du labyrinthe (Barany).

N. a posé le diagnostic de cholestéatome entre la dure-mère et la lame externe de la partie squameuse. La parésie et le nystagmus ont été mis en rapport avec une lésion du facial et de l'étrier pendant l'opération. Deux semaines plus tard, l'otorrhée et des douleurs dans l'apophyse mastoïde. N. exécute une nouvelle opération. On trouve les cellules pneumatiques de l'apophyse remplies de pus fétide, la caisse remplie de la tumeur.

La véritable configuration de la paroi interne de la caisse n'a pu être reconnue qu'après évidement de toutes les masses néoplasiques. Ouverture large de la dure-mère. La tumeur allait jusque dans la fosse infra-temporale. Il a fallu renoncer à l'extirpation totale de la tumeur.

L'examen histologique d'une partie excisée montra un myélosarcome. Le malade mourut 14 jours après l'opération.

Discussion.

P. Frey. — Ce cas remet en question la genèse des cholestéatomes. Les travaux de Erdheim et d'autres publications, comme le cas présent, montrent que le cholestéatome primaire du crâne est surtout localisé dans le temporal, mais on n'a jamais pu montrer une préparation de cholestéatomes primaires provenant de l'oreille moyenne. Cette particularité montre que l'oreille moyenne n'est pas un foyer pour le cholestéatome primaire, et si, dans une otite suppurée, on trouve des cholestéatomes, c'est qu'ils sont de caractère secondaire.

Neumann a fait l'examen histologique et otoscopique de l'oreille moyenne dans les cas de Erdheim. Abstraction faite d'une petite lésion dans la membrane de Shrapnell dans un cas, et d'une cicatrice du tympan dans l'autre cas, ils paraissent au-dessus de toute contestation, exactement comme le cas de Schwarze. N. doit avouer que les cholestéatomes primaires sont rares, mais leur existence est démontrée sur certains endroits de la capsule crânienne, là où plusieurs os se rencontrent, par exemple au point de jonction de l'os temporal, pariétal et occipital (astérique). Un second endroit est dans la fosse temporale.

Gomperz. — Sur la stérilisation des tampons, pinceaux et instruments pour l'oreille et le nez. Il insiste sur la nécessité de la complète asepsie des instruments et surtout, pour la confection des tampons de ouate, il préconise de brûler la ouate à la flamme. Il faut seulement faire attention de ne pas brûler le co-

ton sans flamme. On peut, de cette façon, improviser partout des tampons stériles en se servant d'une bougie, voire même d'une allumette.

Discussion.

E. Urbantschitsch recommande chaudement ce mode de stérilisation qu'il a pratiqué à la polyclinique. Les bactériologistes se servent d'un procédé analogue pour boucher aseptiquement leurs éprouvettes.

Politzer présente un cas où la paroi externe de l'attique a été, il y a quelques mois, réséquée par le conduit externe, et maintenant la paroi interne de la caisse se montre très bien épidermisée. On voit le nouvel épiderme se prolonger sur la plaie de la paroi postérieure du conduit externe. Dans ce cas, comme dans la plupart des cas de radicale, une surveillance s'impose, même après la guérison, parce que la production de l'épiderme se continue même quand la plaie est déjà sèche et il se reforme de cette façon des croûtes derrière lesquelles il peut se produire une récidive de suppuration.

Barany. — **Expériences sur le nystagmus provoqué par l'oreille.** — Dans la dernière séance, Barany avait rendu compte des expériences qu'il avait faites sur le nystagmus provoqué par l'oreille. Aujourd'hui il revient sur le même sujet en insistant encore sur les troubles de l'équilibre et leur relation avec le nystagmus. De même il a étudié le nystagmus provoqué par le courant galvanique et il parle d'un nystagmus galvanique comme on parle d'un vertige galvanique.

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-LARYNGOLOGIE

Séance du 14 février 1906 (1).

Président : Gronbech.

Secrétaire : Sophus Beutzen.

Schmiegelow. — **Traitement électrolytique des néoplasies du nez, du pharynx et de la langue.** — Observation I. — Etudiant de 19 ans, porteur d'un angiome caverneux de la langue, narcose générale. Trois séances d'électrolyse, descend à 18° MA. Anode

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après le Rapport de Jörgen Mœller.

à la langue, kathode à la nuque. La tumeur a disparu en grande partie.

OBSERVATION II. — Enfant de 5 ans, fibrome du pharynx. Rayons X, sans effet. Deux séances, 150 et 125 MA. Tumeur disparue.

OBSERVATION III. — Garçon de 15 ans, avec grand fibrome du naso-pharynx et de la fosse nasale droite. Deux séances. 300 MA. Kathode par le nez, anode par la bouche dans la tumeur. Tumeur a disparu complèment.

OBSERVATION IV. — Garçon de 14 ans. Ostéo-sarcome du pharynx et de la fosse nasale. Légère amélioration par l'électrolyse. Rayons X sans succès.

GRONBECH. — **Pharyngo laryngite fibrineuse.** — Un homme de 63 ans porte depuis quatre mois des masses fibrineuses récidivantes sur l'épiglotte et sur la paroi du pharynx, résistant au traitement.

NORREGAARD. — **Statistique sur 415 cas d'angine.**

JÖRGEN MŒLLER. — **Polype hémorrhagique du septum.** — Chez une femme de 30 ans, à la suite d'un accouchement, s'est développé un polype du septum saignant à chaque fois que la femme mettait l'enfant au sein.

Séance du 28 mars 1906.

Président : GRONBECH.

Secrétaire : SOPHUS BEUTZEN.

JÖRGEN MŒLLER. — **Opération radicale exécutée par la nature.** — Après ablation de masses cholestéomateuses par le conduit, on voit une grande cavité dans l'apophyse mastoïde communiquant avec le conduit. Le tympan est conservé mais fixé en haut et en arrière à la paroi de la caisse, de sorte que la caisse est complètement fermée.

JÖRGEN MŒLLER. — **Tuberculose de l'os temporal.** — Fillette de 11 ans, transportée le 3 mai 1905, à l'hôpital. Otorrhée depuis

un an à droite, mais le tympan paraît intact, examiné à la loupe et à un bon éclairage. Pas de fistule du conduit. Le 4 septembre, s'établit au-dessus et au-dessous de l'oreille une tuméfaction qui se vide spontanément et en partie par le conduit. On trouve la fistule dans la paroi supéro-externe du conduit. Le 28 septembre, excochléation d'un foyer situé au-dessus de l'oreille externe et ablation d'un petit séquestre. Lente guérison.

GOTTLIEB-KIAER. — **Parésie bi-latérale de l'abducteur, consécutive à une tumeur du larynx.** — Une femme de 45 ans était atteinte d'une ulcération de l'aisselle, qui a guéri au bout de deux ans, à la suite d'un traitement ioduré. Raucité de la voix depuis 1901. En décembre 1901, trachéotomie pour dyspnée, cordes rouges tuméfiées. Après décanulement, respiration striduleuse. L'abduction des cordes est très limitée. Dans l'espace sous-glottique, une tumeur allant presque jusqu'à la commissure antérieure.

SCHMIEGELOW. — **Névrite rétro-bulbaire de l'optique, consécutive à la suppuration des cellules ethmoïdales postérieures et du sinus sphénoïdal.** — Un garçon de 11 ans tombe malade il y a trois semaines avec fièvre, céphalée, vomissements, douleurs dans l'œil gauche. A l'examen, on constate une névrite rétro-bulbaire de l'optique. La muqueuse du pôle postérieur du cornet moyen est tuméfiée. Il y a du pus dans la région du sinus sphénoïdal, ce qui nécessite son ouverture. Amélioration à la suite de cette opération.

MAHLER. — **Carcinome de l'oreille.** — Femme de 58 ans. Otorrhée et douleurs depuis six mois. On retire un polype qui, à l'examen histologique, est reconnu pour un cancer. Deux mois plus tard, paralysie du facial. Quatre mois après l'opération radicale, la malade est morte de récidive.

WALDEMAR KLEIN. — **Polype du septum chez un garçon de 11 ans.** — Ablation à l'anse. Examen microscopique : angio-fibrome myxo-sarcomateux.

WALDEMAR KLEIN. — **Rhinolithe de taille peu ordinaire.**

Séance du 2 mai 1906.

Président : GRONBECH.

Secrétaire : SOPHUS BEUTZEN.

SCHMIEGELOW. — **Sténose de la trachée traitée par voie autoscopique.** — Un garçon de 6 ans a été trachéotomisé pour le croup. Après le découlement, phénomènes de sténose. Au-dessous des cordes, un granulome qu'on enlève en narcose à l'aide de la spatule de Kirstein. A la suite il s'est développé une sténose cicatricielle sous-glottique nécessitant une nouvelle trachéotomie. La guérison complète n'a été obtenue qu'après perforation par la sonde du tissu sténosant et par une série d'intubations.

SCHMIEGELOW. — **Extraction d'un corps étranger de l'œsophage par œsophagoscopie en narcose.** — Fillette de 8 ans, avale une petite pièce de monnaie. Aux rayons X on voit la pièce à la hauteur de la première vertèbre dorsale.

SCHMIEGELOW. — **Névrite rétro-bulbaire de l'optique, consécutive à une sinusite sphénoïdale et ethmoïdale.** — Une jeune fille de 18 ans se plaint depuis deux ans et demi de maux de tête, surtout dans la tempe gauche. En même temps l'acuité de l'œil droit diminue. Plus tard l'acuité visuelle baisse aussi à gauche, le champ visuel est rétréci. Légère suppuration dans le nez. Résection du pôle postérieur du cornet moyen et de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. La céphalée disparaît, l'acuité et le champ visuels augmentent.

GOTTLIEB KIAER. — **Cancer du larynx. Laryngo-fissure.** — Pas de récidive au bout de trois ans. Chez un homme de 57 ans, on diagnostique, en mai 1902, sur la corde gauche, une tumeur rougeâtre, bosselée. La corde est immobile. Ablation indo-laryngée de la plus grande partie de la tumeur. Examen microscopique : cancer. Récidive le 3 novembre 1902. Plusieurs interventions endolaryngées suivies de récidives. En mai 1903, laryngo-fissure et ablation de la corde gauche et de la partie antérieure de la corde droite. Guérison en 18 jours. Aujourd'hui, trois ans après l'opération, on voit à la place de la corde gauche, du tissu fibreux ; à droite, la corde est normale. La voix est sans timbre.

Discussion.

Schmiegelow félicite Kiaer et remarque que si le cancer du larynx est opéré à temps, les guérisons sont relativement fréquentes. Si, au bout de trois ans, il n'y a pas de récidive, le malade peut être considéré comme guéri.

Mohler. — Cancer du pavillon de l'oreille, chez un homme de 77 ans, à la suite d'un eczéma humide.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERLIN

Séance du 14 mars 1906 (1).

Gluck. — **Des opérations sur le larynx et le pharynx.** — Pour éviter la pneumonie par déglutition après les grandes interventions sur le larynx et le pharynx, Glück avait indiqué en 1879/81 de faire une boutonnière et de tirer par cette boutonnière le moignon trachéal et de le suturer à la peau. On peut faire cette résection prophylactique de la trachée seulement quand il s'agit d'extirpation du larynx seule ou combinée avec résection du pharynx. Dans toutes les autres opérations, comme, par exemple, hémi-résection du larynx, le danger de mort par pneumonie de déglutition peut être évité par la laryngoplastique de Glück.

Glück se prépare un lambeau cutané rectangulaire sur le côté malade et après l'hémi-résection du larynx il implante ce lambeau dans la plaie laryngée. On fixe ce lambeau exactement avec des sutures à la moitié saine du larynx et avec des tampons on obtient une fermeture complète des voies respiratoires.

Quand il s'agit d'extirpation totale de la langue, Glück procède de la façon suivante. D'abord pas de résection temporaire du maxillaire. Glück fait la trachéotomie inférieure, ensuite incision cutanée allant d'une apophyse mastoïde à l'autre, incision circulaire dans la région sus-hyoïdienne. Il extirpe la glande sous-maxillaire des deux côtés, tous les ganglions et tout tissu malade. Ligature des artères linguales et à la suite ouverture du pharynx dans la région sus-hyoïdienne. Une fois le pharynx ouvert, on ferme l'entrée du larynx par la muqueuse du sinus pyriforme. On

(1) Compte-rendu par Lautmann, d'après la *Berliner klinische Wochensch.*, n° 13, 1906.

ne coupe pas les fils et sur le larynx bouché on met un tampon qui est fixé par les mêmes fils. Le prochain acte comporte la libération de l'os hyoïde. Ensuite, on incise, la tête pendante, par la bouche, la muqueuse du plancher buccal. La langue est tirée à travers cet orifice par la plaie cutanée et tout l'organe avec sa base est facilement extirpé de cette façon, quelquefois même les tonsilles et des parties du pharynx. On suture le plancher la tête pendante et ensuite on peut procéder de deux façons. Dans les cas très infectés, par exemple carcinome ulcéré, Glück suture la muqueuse sur tampons à la peau externe et tamponne toute la plaie pour faire, deux ou trois semaines plus tard, une plastique secondaire. Quand il ne craint pas l'infection grave, il fixe le larynx avec des sutures, aussi haut que possible dans la région où a été préalablement l'os hyoïde. Il suture le reste de la muqueuse sur tampons.

S'agit-il d'extirper le larynx et le pharynx, Glück prépare le larynx, fait la ligature des deux artères laryngées supérieures. Il saisit l'hyoïde entre des fortes pinces et le sectionne au milieu. Le doigt introduit dans la plaie libère tout à droite et à gauche et tâche d'arriver derrière le pharynx et en avant de la colonne vertébrale. Glück tâche toujours d'éviter la trachéotomie. Ainsi le pharynx et le larynx sont libres partout, excepté en haut et en bas. Glück procède alors à l'ouverture du pharynx dans la région sous-thyroïdienne. Il le sectionne prudemment et il suture ensuite le moignon du pharynx. L'assistant tire le pharynx et le larynx, les ganglions et la glande thyroïde hors la plaie.

Quand l'opération est à ce point, Glück introduit à droite et à gauche dans la trachée des fils forts. Il fixe l'œsophage avec des pinces et il sectionne au-dessus des fils. Le moignon trachéal est cousu dans la boutonnière. Dans l'œsophage, on introduit un tube qui est fixé avec des fils. L'espace qui se trouve entre le moignon pharyngé suturé et l'œsophage armé d'un tube est tamponné et la peau externe est suturée. Ce premier pansement reste cinq à dix jours. Les tampons deviennent dans la suite de plus en plus petits. Dans la troisième ou quatrième semaine, Glück introduit par la bouche sa prothèse pour pharynx et œsophage. Quand le bout périphérique de la prothèse est bien fixé dans l'œsophage, le malade peut manger et boire comme un homme normal. Gluck a opéré un homme de 45 ans qui, avant de voir Gluck, a subi une trachéotomie. Le malade pesait 108 livres et était porteur d'un cancer ulcéré du pharynx, larynx, de l'œsophage, de la glande thyroïde et des ganglions. Glück a dû extirper le larynx, le pharynx, toute la partie cervicale de l'œsophage, la moitié de

la glande thyroïde, les ganglions et une partie de la jugulaire. La brèche a été si grande qu'il a dû la fermer par plastique secondaire. Trois ans après l'opération, le malade est encore vivant, vaque à ses occupations et pèse 200 livres. Glück a plusieurs autres cas analogues. Résultats remarquables si on considère que Czerny, dans sa dernière statistique de 47 cas analogues, n'en a pas un seul qui soit resté sans récidive.

D'après Glück, ces résultats sont obtenus si dans les opérations pour cancer du pharynx on n'hésite pas à sacrifier le larynx.

Glück donne en détail l'histoire de deux malades opérés d'après son procédé. Le premier malade, âgé de 42 ans, était trachéotomisé.

Il était atteint de tuberculose étendue du poumon, de tuberculose du larynx, du pharynx, de l'amygdale, de la base de la langue, des ganglions, de la glande thyroïde. Glück a enlevé toute ces parties malades avec une partie de la carotide commune et de la jugulaire interne. Avec une prothèse spécialement construite pour lui, le malade, plus d'un an après l'opération, parle et s'alimente.

Le deuxième malade était atteint de cancer de la langue et des glandes cervicales. Par l'opération ont été enlevés toute la langue et la base de la langue, l'épiglotte, les ganglions cervicaux gauches et la jugulaire commune. Le malade est âgé de 41 ans et est le fils d'un autre client de Glück, âgé de 69 ans, également atteint du cancer de la langue. A ce malade, Glück a dû enlever la langue et le larynx. Le père et le fils ont été opérés le 3 et le 18 novembre 1905, ils parlent et se nourrissent bien au moment de la publication (14 mars 1906).

A propos du traitement de la tuberculose Glück dit avoir obtenu de bons résultats par la trachéotomie seule, par la laryngofissure et exentération du larynx, par la laryngotomie partielle et totale. La tuberculose du larynx doit être traitée comme une tuberculose articulaire. La pachydermie tuberculeuse a souvent été considérée par les histologistes comme cancer. Ces erreurs sont possibles.

Les brillants résultats obtenus par Glück sont d'un très haut intérêt pour la physiologie de la phonation et de la déglutition. Gutzmann et Evald attirent l'attention sur l'importance de ces études.

SOCIÉTÉ HONGROISE DE RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 19 octobre 1905 (1).

Président : NAVRATIL.

Secrétaire : ZWILLINGER.

STEINER. — **Spécificité de la colonne cervicale avec tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx.** — Il s'agit d'une malade de 55 ans, se plaignant depuis plusieurs mois de dysphagie.

La paroi postérieure du pharynx semble être très près du vélum, la muqueuse est intacte. L'examen avec le doigt montre que toute la paroi postérieure du pharynx, depuis la limite supérieure du mésopharynx jusqu'à la partie inférieure du pharynx, est gonflée; la tumeur est dure comme un os. La sonde rencontre un obstacle dans le pharynx, mais pénètre facilement dans l'œsophage. Les parties postérieures du larynx sont recouvertes par la tumeur; la corde droite est infiltrée; le reste est normal. Les autres organes donnent les résultats suivants : gomme ulcérée du tibia gauche, ganglions enflés et cicatrices radiées au cou.

Les poumons et les organes internes sont sains.

Se basant sur les symptômes syphilitiques, l'auteur considère la tumeur du pharynx comme une périostite syphilitique des vertèbres cervicales et commence un traitement antisyphilitique.

STEINER. — **Lymphangiome de la tonsille droite.** — Le malade a été présenté déjà le 27 avril. Le commencement de la maladie remonte à l'année 1901 ; les symptômes du début furent d'abord une difficulté de déglutition, plus tard, de respiration. Le malade, admis à l'hôpital le 14 janvier 1905, fut immédiatement trachéotomisé par suite de symptômes de suffocation. La cause de la dyspnée était une tumeur géante du pharynx. Elle remplissait le pharynx, était grosse comme le poing, lobulée, couleur chair, lisse, élastique, presque spongieuse. Elle partait de la paroi droite du pharynx et s'étendait dans la partie supérieure et inférieure du pharynx. L'examen histologique montra un sarcome. Avec l'anse chaude, une grande partie de la tumeur fut excisée.

(1) Compte rendu par Lautmann d'après le *Bulletin officiel*, publié par Zwillinger, n° 2, 1905.

Pendant le premier séjour du malade à l'hôpital on vit que, dès qu'il fut soulagé de sa dysphagie, il se remit vite, augmenta de poids, la peau prit une teinte de santé, aucune trace de cachexie ne fut plus visible. Quand il quitta l'hôpital, la tumeur se reforma et fut ensuite réséquée au moyen de ciseaux, et malgré tout, depuis près d'un an, l'état général n'a pas empiré, aucune métastase ne s'est formée.

Ce résultat nous prouve qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne ; la tumeur occasionnait au malade, par sa taille et sa localisation, d'importants troubles, mais elle était une tumeur bénigne. Comme l'examen histologique le prouva, la tumeur était formée de tissu conjonctif jeune, avec, comme caractère marqué, que les tissus étaient remplis d'espaces lymphatiques, de sorte qu'il s'agissait d'un néoplasme bénin (lymphangiome).

Lipscher. — **Un cas de sclérome du larynx.** — Un jeune homme de 20 ans est devenu enroué en novembre 1904. Il ne pouvait expectorer que difficilement d'épaisses mucosités, et la respiration devenant difficile, il entra à l'hôpital en juillet.

Les cornets inférieurs du nez sont épaissis, la muqueuse est de couleur grise. La paroi postérieure du pharynx est sèche, brillante. La glotte et toute l'entrée du larynx sont remplies de croûtes grises, dures, de mauvaise odeur. Il est impossible de voir le fond, de sorte que la respiration se fait par un petit orifice et ne se produit que difficilement. Le repos et les inhalations améliorent un peu l'état. Le malade expectore des croûtes sèches et on peut lui introduire un petit tube qu'on laisse quelques heures. La respiration devient un peu plus facile, mais au bout de quelque temps elle empire et la trachéotomie dut être effectuée. Les suites de l'opération furent normales, en quelques jours l'intubation put être continuée et aujourd'hui le tube nº 19 entre facilement.

La glotte est assez large, les cordes sont visibles, les articulations sont libres, la paroi de la trachée est couverte de muqueuse épaisse. Comme le malade respire bien par la canule fermée, on enlève la canule et le malade quitte l'hôpital.

Lipscher. — **Un cas de sclérome rhino-laryngé.** — Un homme de 37 ans entre à l'hôpital le 21 janvier à cause de son nez énorme, très dur, les deux rebords du nez sont inégaux, ulcérés et de mauvaise odeur. L'examen histologique confirme le diagnostic clinique. Le malade fut traité par les rayons Röntgen, le nez

reprit presque sa taille normale. Le malade se contenta de ce succès et quitta l'hôpital.

Le 13 septembre, le malade revint pour une difficulté de respirer qui augmenta tellement que la trachéotomie dut être effectuée immédiatement. Les fausses et les vraies cordes, de même que la glotte sont couvertes de croûtes de mauvaise odeur, dures, grises et quand elles furent enlevées on vit que la trachée en était remplie également. Tous les jours de gros morceaux de mucosités sèches se détachent. Après nettoyage mécanique et inhalation, on procède à l'intubation, le malade respire bien ; dans quelques jours, la canule sera enlevée.

Covölgyi. — **Sinusite frontale bilatérale de nature syphilitique.** — L'auteur présente une femme de 53 ans qui a depuis deux ans une syphilis typique ; on lui a retiré plusieurs séquestres du nez ; le nez avait un affaissement caractéristique, était rempli de croûtes sèches, de mauvaise odeur ; après nettoyage on trouva la cloison en mauvais état et les cornets moyens manquants. Dans le méat moyen, des deux côtés, une suppuration fétide, abondante ; le conduit naso-frontal gauche, large, facilement sondable ; à droite, la partie antérieure du cornet moyen dut être réséquée. Lavage systématique, curettage amènent une amélioration. La malade se plaint qu'après les efforts de l'éternuement ou quand elle se mouche, la région au niveau de la racine du nez enfle et que par pression sur cet endroit il s'échappe du pus. Ce cas rappelle deux cas analogues publiés par Gerber et Cruvelhier.

Navratil conseille l'opération radicale.

Séance du 28 novembre 1905.

Président : Navratil.

Secrétaire : Zwillinger.

Donogany. — **Traitement des sinusites aiguës du nez.** — S'occupe surtout de la sinusite frontale, plaide fortement pour un traitement actif dans la période aiguë pour éviter le passage à la chronicité. Il introduit matin et soir des tampons trempés dans cocaïne, adrénaline ; conseille les inhalations de menthol. Dans les cas graves : opération. 30 cas.

Dans la discussion, Baumgarten se montre également partisan du traitement conservateur mais insiste surtout sur les lavages. S'il y a complications oculaires dans les sinusites frontales, Baumgarten enlève le cornet moyen. Pollatsek agit de même.

Séance du 30 janvier 1906.

Président : NAVRATIL.

Secrétaire : ZWILLINGER.

ONODI présente : *a*) quelques préparations anatomiques concernant les revêtements muqueux du méat moyen ; *b*) des préparations de tuberculose primaire du septum. La préparation provient d'un homme de 60 ans chez lequel on avait porté le diagnostic de cancer et exécuté la rhino-fissure ; *c*) il présente plusieurs instruments pour le nez.

POLYAK présente : *a*) **un nouvel appareil d'inhalations** ; *b*) **sur l'emploi de la méthode de Bier : dans les maladies des voies respiratoires supérieures.** — Guérison d'un empyème aigu du sinus en douze jours, sinusite maxillaire double et ethmoïdale, guérie en dix jours, angine de Vincent guérie en deux jours, suppression rapide de la douleur dans un cas d'angine aiguë, amélioration de la dysphagie dans un cas de tuberculose du larynx trachéotomisé trois mois auparavant. Polyak recommande l'emploi de la méthode dans les inflammations et suppurations aiguës des voies respiratoires supérieures et dans la tuberculose.

LIPSCHER. — Sténose du larynx et de la trachée, trachéotomie et intubation.

ZWILLINGER. — Nouvelle curette pour les adénoïdes (modification de la curette de Beckmann) destinée à recevoir les adénoïdes curetées.

Séance du 27 février 1906.

Président : NAVRATIL.

Secrétaire : ZWILLINGER.

BAUMGARTEN. — **Hémangiome de l'amygdale et de la langue.** — Il s'agit d'un angiome caverneux couvrant l'amygdale droite, une partie du pharynx, empiétant jusqu'au milieu de la langue. La malade, âgée de 50 ans, se plaint depuis quelque temps d'un peu de lourdeur de la langue et d'un peu d'expectoration sanguinolente. Après l'administration de six gouttes d'adrénaline, amélioration éclatante des troubles et diminution de la tumeur.

Dans la discussion, Navratil rappelle l'histoire d'un cas analogue qui a nécessité la trachéotomie au cours d'une tentative d'extirpation.

BAUMGARTEN. — **Néoplasme du larynx ?** — Un malade de 42 ans se plaint de raucité de la voix depuis six mois. Pas de douleurs, peu de dyspnée, corde vocale droite et bandelette droite tuméfiées. De la bandelette gauche part une tumeur grosse comme une noisette, grisâtre, lobulée. En plusieurs séances, on enlève cette tumeur. On voit maintenant que le côté gauche du larynx est partout infiltré, entravé dans sa mobilité. En raison d'une ancienne syphilis on donne au malade de l'iodure de potassium. Huit jours après la dernière intervention, énorme œdème du pli aryépiglottique qui oblige à interrompre l'iodure. L'examen microscopique n'est pas décisif. S'agit-il d'une inflammation occasionnée par la tumeur ou au contraire d'une laryngite occasionnant la tumeur ? Autre question, l'iodure de potassium est-il la cause de l'œdème ?

Discussion.

POLYAK conseille de faire une extirpation partielle du larynx, le côté droit lui paraissant normal.

DONOGANY. — L'examen histologique ne prouve rien, l'examen clinique est suspect.

E. DE NAVRATIL propose une nouvelle biopsie à moins qu'on puisse établir que l'articulation crico-aryténoïde a été ankylosée

avant les interventions. Dans ce dernier cas on pourrait admettre le carcinome.

Polyak plaide pour une opération immédiate. La laryngofissure n'est pas une intervention grave et permettra d'établir le diagnostic. Baumgarten essayera encore une fois un traitement par les frictions mercurielles. Si le malade refuse la laryngofissure, il essayera les rayons X. Polyak déconseille la radiothérapie du larynx ; il connaît un cas de névrite du pneumo-gastrique consécutive à la radiothérapie occasionnant des troubles très graves.

Baumgarten présente un **cas de lupus du larynx** chez une jeune fille de 22 ans. La corde gauche infiltrée porte de petits nodules grisâtres, gros comme une tête d'épingle. Foyer lupique sur la main. Amélioration du larynx par l'acide lactique, des lésions de la main, par les rayons Finsen.

Zwillinger présente un **spéculum du nez autofixable.**

BIBLIOGRAPHIE

Arthropathies et angines, par F. Sinoncelli (*Thèse* de Montpellier, 1905).

Après un long exposé historique, l'auteur montre que bien que Trousseau et Lasègue aient eu des précurseurs, ce sont eux qui réellement nous ont fait connaître sinon toutes les variétés d'angines rhumatismales, au moins la plus caractérisée d'entre elles, c'est-à-dire le type de la pharyngite catarrhale aiguë diffuse.

Considérée d'abord comme un simple symptôme initial du rhumatisme, analogue aux érythèmes cutanés, l'angine rhumatismale est regardée aujourd'hui, par la plupart des auteurs, comme le résultat d'une infection amygdalienne suivie de polyarthrite, et, à l'heure actuelle, on tend à reconnaître que cette infection peut se produire, non seulement au niveau des amygdales palatines, mais dans toutes les portions de l'anneau de Waldeyer, même au niveau des fosses nasales.

Cette angine prémonitoire d'arthropathies est polymorphe et, à

côté des angines rouges, il y a des angines blanches beaucoup plus rares, il est vrai. Ce polymorphisme se constate aussi du côté des arthrites qui suivent ou accompagnent les troubles gutturaux ; ces derniers précèdent en général de quelques jours les localisations articulaires, mais parfois les deux phénomènes apparaissent simultanément.

La fréquence de ces angines est beaucoup plus grande qu'il ne semble au premier abord, car elles sont parfois si légères qu'elles peuvent passer inaperçues. Une question très importante, mais que les auteurs n'ont pas songé à résoudre, serait de connaître la proportion des sujets porteurs d'hypertrophie des amygdales, de végétations adénoïdes ou de rhinites chez les personnes atteintes de polyarthrites.

Le pronostic, à moins de complications telles que les arthrites suppurées qui peuvent succéder à des formes particulièrement septiques, n'est pas mauvais et, d'une façon générale, on ne peut pas dire qu'il y a proportionnalité entre l'intensité des symptômes pharyngés et celle des inflammations articulaires.

Le traitement ne présente pas d'indications particulières. Le traitement prophylactique serait au contraire d'un grand secours, s'il était démontré que ces infections à localisation articulaire sont plus fréquentes chez les adénoïdiens ou les porteurs de grosses amygdales. L'ablation de ces organes hypertrophiés trouverait une nouvelle indication. VIDAL.

Lymphadénome de l'amygdale, par A. Blanc (*Thèse* de Montpellier, 1905).

Sous le nom de lymphome on décrit avec Virchow une prolifération du tissu adénoïde. Or, depuis His on sait qu'il existe du tissu analogue à celui des ganglions dans d'autres organes que ces dépendances lymphatiques, notamment dans l'intestin, les amygdales, la profondeur de la peau et des muqueuses. Quand tous ces organes sont pris en même temps et que le tissu adénoïde qui les constitue prolifère, on a à faire à l'adénie de Trousseau, si la lésion ne porte que sur un certain nombre de ces organes, l'amygdale par exemple avec participation de quelques ganglions, il s'agit d'un lymphome de l'amygdale accompagné de quelques chapelets ganglionnaires ; enfin, s'il n'y a qu'une localisation amygdalienne sans retentissement en aucun autre point de l'organisme ou dans le sang, on se trouve en présence du lymphadénome de l'amygdale analogue à une tumeur quelconque, au sarcome, par exemple.

A l'encontre des autres tumeurs malignes le lymphadénome se développe à tous les âges aussi bien chez les enfants que chez les vieillards, mais c'est surtout à l'âge adulte que l'on rencontre la pluralité des cas. Les hommes seraient plus souvent atteints que les femmes. La prédisposition créée par des amygdalites à répétition n'est pas démontrée. L'étiologie tuberculeuse est plus probable et il est très difficile de reconnaître le lymphome tuberculeux, du lymphome idiopathique. Le traitement doit être chirurgical (ablation par incision large) lorsque la néoplasie est encore limitée ; dès qu'il y a du retentissement ganglionnaire, on ne doit plus avoir recours qu'à la médication interne par le phosphore et l'arsenic.

Le volume atteint par le lymphadénome de l'amygdale est très variable ; tantôt il se développe sur toute l'amygdale, tantôt en un seul point, formant toutefois une tumeur difficilement isolable du tissu sain environnant et ayant même aspect. Sur une coupe, le lymphadénome de l'amygdale a un aspect encéphaloïde présentant des îlots rouges, dûs à des dilatations vasculaires, les vaisseaux ont la même disposition que dans les sarcomes, de là le terme de lympho-sarcomes. Suivant que l'hyperplasie frappe également ou non le réticulum et les éléments cellulaires, on a deux variétés : le lymphadénome à type pur, le lymphadénome à type irrégulier, dans lequel rentrent les formes fibreuses.

Le lymphadénome de l'amygdale évolue comme le cancer dans la majorité des cas : évolution progressive, retentissement général, métastases, ulcération de la tumeur ; la régression spontanée, bien que signalée, n'est pas prouvée ; l'englobement et l'envahissement des vaisseaux du cou par la tumeur ont été notés dans plusieurs des observations rapportées.

Il existe pour le lymphadénome de l'amygdale une première période latente pendant laquelle le malade n'a pas son attention attirée du côté de la gorge, il ne songe à aller consulter que quand ces troubles fonctionnels font leur apparition : dysphagie, odynophagie, voix amygdalienne, toux, nausées, sialorrhée, etc., etc.

A l'examen il faudra surtout ne pas confondre le lymphadénome de l'amygdale avec l'hypertrophie simple. On sera aidé dans ce diagnostic par l'unilatéralité de la tumeur et sa consistance. Le diagnostic avec les autres tumeurs de l'amygdale est relativement assez facile.

La marche peut être lente ou très rapide, entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires existent. Quoiqu'il en soit, le pronostic est toujours très grave. VIDAL.

Traitement des bourdonnements d'oreille par l'effluve de haute fréquence, par G. Stoltz (*Thèse* de Montpellier, 1905).

Cette étude est basée sur l'observation de dix-sept malades qui se répartissent ainsi : dix otites scléreuses, parmi lesquelles trois ont complètement guéri complètement en un nombre de séances allant de vingt-sept à cinquante-sept, quatre ont été très améliorées, trois n'ont retiré à peu près aucun bénéfice de la haute fréquence, mais dans ces trois cas il faut incriminer bien plutôt l'insuffisance du traitement que son inefficacité — quatre otites sèches parmi lesquelles une seule amélioration légère — une polysclérose généralisée pour laquelle le traitement fut insuffisant — deux otites moyennes chroniques qui n'ont donné que des échecs.

Malgré ces échecs, on peut dire que le traitement des bourdonnements par la haute fréquence est le traitement de choix et qu'il doit être essayé, mais avant de l'instituer, il faut bien faire le départ entre les cas de bourdonnements d'oreilles qui peuvent en espérer un heureux résultat et ceux où l'échec étant certain. aucune tentative ne doit être faite, c'est pourquoi un examen général complet, suivi d'un examen auriculaire également très complet, devront toujours précéder tout essai thérapeutique.

La suppuration de l'oreille passée ou actuelle est une contre-indication absolue du traitement, mais dans les cas de sclérose de l'oreille, au contraire, l'effluve de haute fréquence constitue le moyen thérapeutique de choix.

Le traitement exige de vingt-cinq à cinquante séances ; selon l'intensité ou l'ancienneté des bruits, il est de trente séances en moyenne, mais ne doit jamais être inférieur à vingt pour obtenir un résultat durable. Chaque séance dure de cinq à dix minutes et doit être renouvelée de trois à cinq fois par semaine. Au cours du traitement, on note habituellement une amélioration rapide, mais passagère (de la sixième à la dixième séance) bientôt suivie d'une rechute ; après quelques nouvelles séances l'amélioration première reparaît et s'accentue peu à peu jusqu'à la guérison plus ou moins tardive selon les malades. Il peut y avoir quelquefois plusieurs rechutes, mais le malade ne doit pas se décourager, s'il a obtenu une première sédation de ses bourdonnements. Pour parfaire et maintenir la guérison, le malade doit, même après la disparition de tout bourdonnement et à partir du jour de cette disparition, se soumettre encore à une dizaine de séances d'effluves de haute fréquence.

En terminant, l'auteur admet comme mode d'action : 1° que les courants de haute fréquence agissent sur les bourdonnements d'oreille des scléreux en ramenant à la normale d'une manière définitive une pression artérielle exagérée ; 2° que l'effluve de haute fréquence est la meilleure façon d'appliquer ces courants parce que, au point de vue général, elle exerce une action trophique aussi considérable et a des propriétés plus hypotensives que l'auto-conduction ou l'auto-condensation et, au point de vue local, elle détermine une révulsion utile sur la région malade et peut-être une vibration mécanique profitable. VIDAL.

Les Mastoïdites d'emblée, par J. BÉNET (*Thèse* de Montpellier, 1905).

L'auteur entend, sous le nom de mastoïdites d'emblée, les mastoïdites se manifestant isolément sans symptômes apparents du côté de l'oreille, que ces mastoïdites soient ou non primitives, qu'elles soient précédées ou pas d'inflammation de la caisse. Il n'est donc pas question dans son travail des mastoïdites se produisant sous l'influence d'une action traumatique, de la tuberculose ou de la syphilis ; il n'y est pas question non plus des ostéomyélites du temporal.

Après avoir cité trois observations recueillies dans le service du professeur Forgue, B. se demande quelle est la pathogénie de cette affection. Il admet, comme il est de règle d'admettre aujourd'hui, que l'inflammation de l'oreille moyenne infectée par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache a existé, mais qu'elle n'a été que passagère, tandis qu'elle a continué son évolution dans l'antre et les cellules mastoïdiennes. Cliniquement parlant, on peut donc dire que la mastoïdite d'emblée existe.

L'étude clinique de ces formes montre que souvent le diagnostic a été incertain au début, surtout si on n'a pas l'attention attirée vers l'oreille ; plus tard, un diagnostic différentiel doit être fait avec la lymphangite péri-auriculaire et la périostite mastoïdienne, décrite par Duplay.

Les lésions trouvées dans les différents cas sont très variables : tantôt minimes, tantôt, au contraire, très profondes. Le siège de ces lésions est aussi variable, l'antre est souvent en cause, mais plus souvent encore ce sont les cellules mastoïdiennes des différents groupes et plus particulièrement celles de la pointe qui sont prises. La position déclive de ces cavités et leur disposition anatomique donne une explication très satisfaisante de cette prédilection.

Au point de vue symptomatique, les mastoïdites d'emblée présentent certaines particularités signalées notamment par Politzer et Toubert ; on note entre autres, dans un grand nombre de cas, l'absence de fièvre ou tout au moins son peu d'intensité.

Le pronostic de ces formes n'est pas plus mauvais que celui des mastoïdites ordinaires, on pourrait même dire qu'il est meilleur, à la condition, bien entendu, que l'opération ne soit pas différée trop longtemps. Cette opération consiste, cela va sans dire, dans l'ouverture large de l'apophyse, de façon à drainer tous les foyers et à empêcher l'infection de gagner l'endocrâne. VIDAL.

Traité des maladies du nez, par A. Menier (1 vol. in-16, de 626 pages, avec 178 figures. Paris, A Maloine, 1906.)

Un livre qui vient à son heure : car les rares manuels français de rhinologie vieillissent bien vite. Un livre qu'il convient de signaler, car il ne peut passer inaperçu.

Il y a dans cet ouvrage une somme considérable de documents ; la peine de les ramasser a certainement imposé un labeur intense. Sa documentation est surtout puisée aux sources françaises ; aussi ce livre ne fait-il pas double emploi avec les traités semblables parus récemment à l'étranger : mais il les complète. Sa bibliographie est impartiale. Il rend à César ce qui appartient à César ; un peu archaïque, il est vrai, ce faisant : Menier ignore sans doute que cette coutume est depuis longtemps tombée en désuétude en rhinologie.

Peut-être pourrait-on critiquer l'ordonnance des chapitres ; se demander pourquoi plus de cent pages sont consacrées aux tumeurs des fosses nasales que nous rencontrons rarement, tandis que six pages au plus exposent le coryza chronique avec lequel nous avons maille à partir à toute heure ? Mais, il n'est pas donné à tous de penser de même : et on ne peut vraiment reprocher à l'auteur de sacrifier, au goût du jour, la rhinologie sur l'autel de la chirurgie.

Et ce livre contraste aussi avec ses semblables en ce qu'il laisse délibérément de côté le naso-pharynx et les sinus, pour se consacrer aux affections extérieures du nez et nous donner force détails sur les rhinoplasties. On voit donc que, rien que par l'originalité de sa coupe, il mérite la lecture. M. LERMOYEZ.

Anatomie clinique et technique opératoire, par O. Laurent. Chez E. Bruyant, Bruxelles, et O. Doin, Paris, 1906 (1 vol. in-8° de 974 pages, avec 1.040 figures).

Bien qu'il s'agisse d'un traité de technique opératoire général, dans lequel l'exposé des opérations faites sur l'oreille, le nez, le larynx, tient peu de place, cependant il convient de signaler dans les *Annales* cet ouvrage, clair et concis ; beaucoup de jeunes spécialistes, dont l'éducation chirurgicale présente quelques lacunes, y trouveront des schémas, des descriptions qui leurs apprendront à faire une incision, à lier une artère, à entortiller une suture de correcte façon. Peu de livres de ce genre pourront les renseigner aussi bien et surtout aussi vite. M. LERMOYEZ.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Corps étrangers particuliers de l'oreille et du nez, et rhinolite primitive, par Citelli (de Catane) (*Arch. ital. di otologia*, etc , vol. XVI, 1905, f. 4, p. 316 322).

Le premier de ces corps étrangers, observé chez une femme de 20 ans, était formé de stéarine solidifiée. Souffrant de l'oreille gauche, la malade avait usé d'un remède populaire en Sicile, et qui consiste dans l'introduction dans le conduit de petites bougies de cire, préparées en enduisant de cire fondue des bandes de toile fine. Ces bandes sont roulées en spirale de façon à constituer des tubes d'une dizaine de centimètres de longueur. L'une des extrémités étant introduite dans le conduit, on met le feu à l'autre; quand la flamme s'est propagée jusqu'à l'entrée de l'oreille, on retire la bougie qui, prétend le vulgaire, emporte le mal avec elle. La malade en question avait préparé sa bougie avec de la stéarine; celle-ci, trop abondante, avait fusé dans le fond du conduit où elle formait, après refroidissement, un tampon l'obturant complètement. C. ne put l'extraire qu'en dissolvant le centre du bouchon au moyen d'un porte-coton enduit de benzine et en le morcellant ensuite à l'aide d'une pince à dent et dont l'une des branches était introduite dans le puits ainsi creusé.

Le second cas est celui d'un jeune homme de 24 ans chez qui un os de grive séjourna dans la fosse nasale gauche sans aucun trouble, à l'insu du malade, pendant trois ans. Il avait pénétré dans le nez par l'orifice choanal, au moment d'un effort de vomissement.

La rhinolite fut observée chez un enfant de 3 ans qui, depuis cinq mois, avait une expiration nasale fétide. Dans la fosse nasale droite existait une lamelle verticale, d'un millimètre d'épaisseur seulement, mais très étendue en surface, de couleur gris sale, rappelant l'aspect d'une membrane diphtérique, donnant à l'exploration au stylet la sensation d'une dureté pierreuse. Trop large pour être extraite d'un seul morceau, elle fut retirée en fragments à l'aide d'une pince. L'analyse chimique montra qu'elle était constituée presque uniquement par du phosphate de chaux. Il est vraisemblable qu'elle s'était formée aux dépens d'une sécrétion desséchée, d'une croûte qui s'était ensuite résorbée.

M. BOULAY.

Complications endocrâniennes consécutives à des otites aiguës guéries, par LANGE (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 29, 1905).

Dans la réunion des médecins de l'hôpital de la Charité à Berlin, Lange a fait une communication avec présentation des pièces anatomiques et présentation d'un malade guéri qui est caractéristique pour illustrer les difficultés qu'on peut rencontrer dans le diagnostic de lésions endocrâniennes. Une otite aiguë à pneumocoques est toujours à considérer comme une affection dangereuse, d'autant que malgré une guérison apparente des désordres auriculaires, le travail sourd d'infection peut continuer, pour ainsi dire, sous les yeux du médecin traitant. Voici les quatre observations (très incomplètes) auxquelles il n'y a rien à ajouter.

OBSERVATION I. — Un jeune médecin est opéré d'une mastoïdite consécutive à une otite moyenne aiguë. Suites immédiates excellentes, notre jeune confrère quitte la clinique et vient régulièrement se faire panser. Aucune plainte pendant trois semaines. Plaie opératoire en bonne voie de guérison. Un jour il se plaint de céphalée le matin pendant le pansement, le soir il est ramené inconscient à la clinique où il meurt deux jours plus tard. Méningite? pas d'autopsie.

OBS. II. — Cas analogue chez un jeune homme de 37 ans. Opération de mastoïdite. Suites excellentes, à part un peu de céphalée, qu'on met sur le compte d'une rhinite. On trouve, en

effet, un cornet moyen hypertophié à droite, et comme il se plaint d'une névralgie supraorbitale droite, on suppose un catarrhe sinusal. Brusquement, un jour, la plaie opératoire étant presque complètement cicatrisée, il chancelle pendant le pansement, tombe et vomit. Il se déclare une méningite cliniquement nette. On ouvre à tout hasard la fosse cérébrale moyenne et postérieure sans tomber sur un foyer malade. Ponction du sinus, du lobe temporal, du cervelet sans résultat. Quatre jours plus tard le malade meurt. A l'autopsie, on trouve un abcès extra-dural sis près du ganglion de Gasser se continuant vers le toit du tympan. Cet abcès, l'examen histologique par des coupes en série le prouve, est complètement encapsulé. Il n'existe pas un rapport direct avec l'oreille.

OBS. III. — Homme robuste paracentésé plusieurs fois sur la même oreille, finit par ne plus se plaindre de l'oreille, mais accuse des vertiges et a un peu de température. Ouverture de l'antre, mais le rocher paraît sain. Dans la suite, le malade présente des symptômes qui font naître la crainte d'un abcès du cerveau ou de méningite. Ouverture des fosses cérébrales, ponctions répétées au niveau du sinus. Mort. Autopsie montre l'existence d'une méningite basilaire partie d'un petit abcès extradural.

OBS. IV. — Un tabétique est paracentésé. Guérison rapide de l'otite. Le malade continue à se plaindre d'une céphalée surtout à gauche. A l'examen, rien ne permet d'accuser l'oreille de cette céphalée qui gagne de l'importance parce qu'elle est compliquée de papillite double. Mais comme le malade est tabétique et qu'il a récemment pris la syphilis, on suppose une affection basilaire de nature spécifique.

A la fin du mois de mars, l'oreille suppure de nouveau, la température monte. Pas d'indice d'une mastoïdite ou d'une complication endocrânienne. On exécute en raison de la papillite une ouverture de l'antre et de la mastoïde. Le malade semble aller vers la guérison quand, dix-huit jours plus tard, la fièvre se rallume de nouveau. On opère de nouveau et on tombe sur un abcès extradural. Mais malgré cette intervention le malade meurt de méningite. A l'autopsie, on trouve une thrombose du sinus.

OBS. V. — Un malade se présente après la guérison d'une otite moyenne aiguë. Dans l'oreille tout est normal. Et pourtant l'état général demande une intervention. On tombe sur un abcès temporal qui, vidé, donne deux cuillerées de pus. On trouve aussi un abcès périsinusal de la fosse cérébrale postérieure avec obturation

du sinus, mais ces deux dernières constatations sont dues à un fait de hasard, car après l'ouverture du lobe temporal, L. a jugé son malade perdu et dans une deuxième opération complètement atypique il est tombé comme par miracle sur les deux complications complètement latentes et insoupçonnées.

LAUTMANN.

Evidement du labyrinthe pour tuberculose, par KRAMM (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 29, page 923).

Un malade de Kramm a été opéré d'une labyrinthite tuberculeuse qui ne s'est manifestée par aucun symptôme clinique habituel. On connaît dans la littérature des cas analogues. A propos de ce cas, K. étudie la physiologie du labyrinthe. Il a surtout en vue de réfuter les théories de Wanner, mais comme les conclusions de cet auteur n'ont pas été confirmées ni par Passow ni par d'autres expérimentateurs, il paraît inutile de résumer les expériences de Kramm qui n'apportent aucun fait nouveau. Dans la physiologie du labyrinthe presque tout est contradiction.

LAUTMANN.

Balnéologie et otopathie, par PASSOW (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 16, 1905).

Au dernier Congrès allemand de Balnéologie tenu à Berlin, différents spécialistes ont été invités à préciser la valeur thérapeutique de l'hydro et klimatothérapie pour les spécialités représentées par ces maîtres. A cette occasion, Passow a fait une revue générale de la question qui ne peut apporter de nouveau que dans le détail. Ainsi, par exemple, Passow ne craint pas d'envoyer à la mer les malades atteints d'otorrhée. Quand on envoie des chlorotiques dans les stations balnéaires, il ne faut pas être trop optimiste quant aux bruits subjectifs dont peuvent se plaindre ces malades. Parmi ces stations il faut préférer les eaux salines à faible concentration aux eaux fortes. Le pronostic de la névrite de l'acoustique consécutive aux maladies infectieuses est toujours sérieux. Si la surdité est difficilement guérissable, on obtient au moins quelques résultats contre les bruits subjectifs par l'emploi des eaux. Ainsi Politzer conseille les eaux sulfureuses et iodurées dans la névrite syphilitique rebelle. Les névrites toxiques (tabac, alcool, etc.) sont au contraire d'un pronostic plus favorable.

Passow revient vers la fin de son travail sur l'influence du climat marin sur les otopathies et précise de cette façon son

opinion. Le séjour sur la côte anglaise, le littoral, lui paraît avoir une influence salutaire sur l'otorrhée. Mais il déconseille de prendre des bains de mer. Par contre, le séjour dans les stations de la Baltique lui paraît absolument dangereux pour les otopathies.

La sclérose de l'oreille est malheureusement aussi peu guérissable par la balnéothérapie que par les autres moyens. L'expérience a montré que les scléreux se trouvent le mieux dans des endroits calmes, à l'abri des vents, pas trop hauts (max. 1.200 m.) Si l'on peut supposer la syphilis à l'origine, Passow conseille un traitement antisyphilitique dans une station sulfureuse, ou iodurée. Chez les vieillards existe une otopathie analogue à la sclérose qui probablement est due à l'artériosclérose. Ces malades retirent parfois un profit en allant aux eaux iodurées et bromurées. Généralement nos moyens d'action sur les altérations de l'oreille interne sont restreints. Ici la balnéothérapie peut être un dernier refuge.

En terminant, Passow constate que le chapitre de la balnéothérapie dans les otopathies est peu connu. La littérature de ce chapitre est encore très restreinte. Ce qui a été publié en allemand est réuni dans une note bibliographique à la fin du travail.

LAUTMANN.

Leptoméningite circonscrite chronique et paralysie de l'abducens, par NOLTENIUS (*Revue hebdom. de laryng., d'otol. et de rhin.*, 2 décembre 1905).

Noltenius rapporte un cas avec autopsie du syndrôme de leptoméningite circonscrite avec paralysie de l'abducteur décrit récemment par Gradenigo.

OBSERVATION. — A la suite d'une angine, otite moyenne aiguë droire suppurée. Trois semaines après, douleur au niveau de l'antre et gonflement de la région mastoïdienne ; trépanation de l'apophyse très celluleuse et pleine de pus. A la suite de cette intervention il persiste dans le fond de l'ouverture tubaire des fongosités avec vertiges et des douleurs de tête unilatérales. Quatre mois après la première intervention, Noltenius curette les fongosités, gratte des parcelles d'os nécrosé dans une cavité du volume d'un gros pois. Le lendemain, fortes sensations vertigineuses. Le quatrième jour, symptômes de méningite : frisson, 39°2, vives douleurs temporales et lombaires. Le cinquième, vive céphalalgie et *paralysie de l'abducens droit*, raideur de la nuque, colonne vertébrale très douloureuse au choc dans ses parties inférieures,

ponction lombaire blanche. Troisième opération, mise à nu de la dure-mère saine, pas de fistule du canal semi-circulaire horizontal, le limaçon ouvert ne contient pas de pus. Mort. Autopsie : méningite basilaire peu accusée, lésions très prononcées des parties inférieures du canal médullaire. Dure-mère très adhérente au sommet du rocher et os nécrosé à cette place ; la maladie s'était localisée dans des cellules situées autour de la partie osseuse de la trompe et avait gagné les méninges.

Donc paralysie isolée de l'abducens avec constatation à l'autopsie d'une leptoméningite de la pointe du rocher; méningite surtout des segments inférieurs du canal médullaire avec douleurs lombaire vives, le patient s'alitant tardivement. A. HAUTANT.

Sur le cholestéatome, par Erdheim (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, **Band XLIX, Heft 3 et 4.)**

L'opinion courante sur le cholestéatome est la suivante. Dans le décours d'une suppuration chronique de l'oreille il se développe dans les cavités pneumatiques du rocher une tumeur se composant principalement des masses épithéliales que nous appelons cholestéatome. C'est à Habermann que nous devons cette explication. Cette tumeur se développe-t-elle parce que la muqueuse de la caisse subit une métaplasie (Politzer), ou parce qu'on greffe accidentellement (par les instruments) des particules épidermiques sur les granulations de la caisse (Leutert), est objet de discussion. Mais pour la grande majorité des otologistes, ce cholestéatome devrait être plutôt appelé le « pseudo-cholestéatome ».

Car il existe un vrai cholestéatome, tumeur primitive du rocher, sans suppuration otitique préalable. Et Koerner va même plus loin et dit que ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, car pour lui quantité de pseudo-cholestéatomes seraient de vraies tumeurs primitives du rocher, et portées pendant très longtemps sans se manifester, jusqu'à ce qu'enfin elles fassent irruption dans une cavité pneumatique du rocher. Ici la tumeur s'infecte à la moindre inflammation de la caisse et les malades venant consulter à ce moment sont jugés atteints du peudo-cholestéatome, tandis qu'ils sont bien porteurs d'une tumeur primaire du rocher.

Il aurait fallu apporter à cette théorie l'appui des observations probantes. L'auteur cite bien les 3 cas de Lucae, Schwartze et Koerner, mais les 2 cas personnels, qu'ajoute Erdheim, appartenant tous les deux au musée d'anatomie de Vienne, étaient conser-

vés pendant de longues années dans l'alcool. Malgré la description faite par Neumann, les deux exemples ne convaincront pas facilement les opposants, qui pourront toujours prétendre que dans l'un des cas d'Erdheim il y a perforation du tympan, donc signe d'une ancienne otite, et que dans le deuxième cas décrit, la vétusté de la préparation (elle date de 1852) lui ôte tout pouvoir convaincant. Erdheim voit encore une preuve pour la nature primaire dans la localisation. Dans les 4 cas examinés sur ce point, la tumeur se trouvait dans la région de l'astérion (rencontre du temporal, pariétal, occipital). Littérature et 2 planches.

LAUTMANN.

La tuberculose de l'apophyse mastoïde chez l'enfant, par HENRICI (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, Bd XLVIII)

La tuberculose de l'apophyse mastoïde est une maladie relativement fréquente chez l'enfant. Probablement 1/5 de toutes les mastoïdites infantiles est de nature tuberculeuse. Grimmer va même plus loin et croit que chez l'enfant jusqu'à 7 ans la mastoïdite est tuberculeuse dans la grande majorité des cas (5 fois sur 7). Cette tuberculose est primaire et d'origine osseuse. Sous ce rapport l'apophyse mastoïde ne se distingue pas des autres os, surtout diploïques, de l'enfant, et c'est certainement violenter les faits que de considérer la tuberculose de la mastoïde toujours secondaire soit à la tuberculose de la caisse, des adénoïdes, des poumons, etc. La tuberculose secondaire de la mastoïde existe, mais elle est moins fréquente et permet d'être diagnostiquée cliniquement comme telle. La tuberculose primaire de l'apophyse chez l'enfant n'a aucun caractère spécial; elle peut être considérée comme affection locale et de pronostic bénin, si on lui applique le traitement chirurgical. Les complications endocraniennes peuvent assombrir le pronostic, mais elles sont rares, et quelques-unes, comme la pachyméningite et la périsinusite tuberculeuse, peuvent être considérées comme essentiellement guérissables. Il suffit généralement d'ouvrir et de nettoyer l'apophyse malade. On est rarement obligé d'attaquer la caisse.

LAUTMANN.

Un cas d'intoxication par le sublimé provoqué par des lavages de l'oreille, par D. Théophile HERNANDO (*Boletin de Laryngologia, Otologia, Rinologia*, Madrid, février 1905).

L'auteur cite le cas d'un enfant de dix ans, atteint d'otorrhée

consécutive à une fièvre scarlatine, traitée d'abord par des lavages à l'eau boriquée, et ultérieurement et sur les conseils d'un médecin par des lavages au sublimé en solution au 1/200. Sous l'influence de ce traitement, la suppuration diminua sans toutefois disparaître.

A l'examen du jeune malade, qui présentait une légère surdité, le tympan avait un aspect charnu ; il était très rouge et largement perforé sur son quart antéro-inférieur.

Mais ce qui appelait l'attention, c'était la sensation désagréable que le malade signalait dans la bouche. Ses dents lui paraissaient s'être allongées et s'être en même temps ébranlées. Il avait une sensation de cuisson et une salivation énorme. L'examen de la bouche montrait des gencives d'un rouge intense, tuméfiées, faisant saillie dans les espaces interdentaires ; elles étaient, par endroit, ulcérées. Les ganglions sous-maxillaires étaient augmentés de volume, douloureux à la pression. L'enfant avait aussi des douleurs à l'estomac et dans l'intestin, et de la diarrhée.

Le traitement consiste naturellement dans la suppression du sublimé (qui fut remplacé par un pansement sec) : propreté de la bouche, gargarismes et collutoires au chlorate de potasse.

MOSSÉ.

Sur le rapport entre la carie du rocher et la névrite optique, par ESPENSCHIED (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Hft 12).

Sur 74 cas opérés dans le service de Wagenhäuser, l'auteur a constaté deux fois l'œdème de la papille et une fois la névrite des nerfs optiques, soit une proportion de 4 %. Sur ce nombre, treize avaient des complications intra-craniennes, ce qui fait une proportion de 23 % où il y eut de l'inflammation de la papille. De ces cas, de ceux de Tabakatake, de Hansen, Jansen, Preysing, etc., il arrive à cette conclusion que le lien entre l'affection de l'oreille et la lésion optique est le liquide céphalo-rachidien. Il y a de la leptoméningite ; mais celle-ci ne serait bactérienne que dans les cas mortels. Dans les autres il y aurait seulement de l'irritation causée par les toxines sécrétées par les microbes du pus de l'apophyse. C'est ce qui expliquerait pourquoi, après les opérations sur la mastoïde, on aurait, avec la guérison du malade, la disparition de la névrite optique.

Il n'y a pas de troubles de la vue ou très peu : il n'y a pas à craindre le passage à l'atrophie optique.

M. LANNOIS.

L'état du fond de l'œil dans les affections de l'oreille, par F. Tenzer (*Archiv für Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Hft 1-2).

Sur un nombre très considérable de malades observés pendant dix ans (clinique de Passow), l'auteur n'a trouvé que cinq fois des lésions du fond de l'œil dans les affections non compliquées de l'oreille moyenne et de l'apophyse.

D'autre part, il a réuni 76 cas d'affections de l'oreille compliquées de troubles intra-craniens. Il en fait deux groupes suivant que la lésion intra-cranienne était simple ou multiple.

Dans le premier cas, sept abcès extra-duraux donnaient un fond d'œil normal cinq fois, modifié deux fois ; huit méningites, normal quatre fois et modifié quatre fois ; douze thromboses du sinus, normal dix fois et modifié deux fois ; huit abcès cérébraux, normal quatre fois et modifié quatre fois ; cinq abcès du cervelet, normal une fois et modifié quatre fois. — Soit au total, 24 cas sur 40 où le fond d'œil était resté normal.

Dans le second cas, celui des lésions multiples du cerveau ou de ses enveloppes, on trouve pour 36 cas, vingt fois le fond d'œil normal.

Il en résulte que dans les affections de l'oreille compliquées de lésions intra-craniennes, le fond d'œil normal est plus fréquent que le fond d'œil malade. Toutefois, en raison de la rareté des troubles oculaires dans les cas non compliqués, l'apparition de ceux-ci a une très haute importance, car elle permet d'affirmer presqu'à coup sûr la complication intra-cranienne.

La constatation des lésions du fond de l'œil a-t-elle une importance pronostique ? Sur 47 cas terminés par la mort, 29 avaient le fond d'œil normal et 18 modifié ; sur 29 cas terminés par guérison, 17 avaient le fond d'œil normal et 12 modifié. On ne peut donc tirer de la présence des lésions du fond de l'œil aucune conclusion relative à la marche et à la terminaison des complications intra-craniennes otogènes.

M. LANNOIS.

Affections de l'oreille consécutives au crétinisme, par J. Habermann (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Hft. 1-2).

1° La surdi-mutité congénitale due au crétinisme peut reconnaître pour cause un arrêt de développement congénital des épithéliums de la cochlée et surtout de l'organe de Corti.

2° La dureté d'ouïe que l'on trouve souvent chez les crétins est liée à une lésion de l'appareil percepteur des sons, vraisemblablement de sa partie centrale.

3° On trouve aussi très souvent chez les crétins des affections de la gorge, du nez et de l'oreille moyenne qui, si elles atteignent un degré assez marqué, peuvent encore rendre l'oreille plus mauvaise.

Kyste dermoïde de la région mastoïdienne, par H. Halasz (*Archiv. für Ohrenheilkunde*, Bd LXIII, Heft. 1-2).

L'auteur ne connaît dans la littérature que deux cas de kystes dermoïdes (Toynbee, Hinton) développés à l'intérieur de la mastoïde et aucun à la surface de l'os. Le cas qu'il a observé serait donc unique. Il s'est rencontré chez un homme de 26 ans, porteur derrière l'oreille droite d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, remontant à plusieurs années, laissant échapper un liquide abondant et fétide. Cette tumeur avait été prise pour un abcès mastoïdien, mais à l'ouverture on y trouva une grande cavité recouverte de poils. L'examen histologique confirma qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde. M. Lannois.

Troubles psychiques consécutifs aux interventions opératoires sur la mastoïde, par Fritz Grossmann (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, XLIX Band, Heft 3 et 4).

D'après la pénurie des observations publiées on serait en droit de croire que les troubles psychiques post-opératoires sont rares en oto-chirurgie. S'il faut se fier au calcul de Grossmann, ce délire ne serait non seulement pas rare, mais au contraire, après les interventions gynécologiques et oculaires, l'otochirurgie viendrait en troisième plan avec une fréquence de 1 cas d'aliénation mentale sur 500 ouvertures de mastoïde. Les causes prédisposantes seraient les suivantes : 1° épuisement de l'état général par la suppuration prolongée ; 2° l'auto-intoxication ; 3° la commotion cérébrale due aux coups du maillet ; 4° les soins post-opératoires (parfois très longs).

La ponction lombaire, presque généralement exécutée avant l'opération, joue également un rôle dans la genèse de la perturbation mentale et le conseil de Kœrner, d'être sobre de ces ponctions dans un but de diagnostic, est adopté par l'auteur. Certainement le facteur le plus important est l'ouverture parfois pénible de la corticale observée par les coups répétés avec le maillet. Kœrner cite un cas de collapsus chez un garçon de 13 ans chez lequel il était évident que le traumatisme sur la tête, nécessaire pour ouvrir la mastoïde, provoquait le collapsus et devenait tellement menaçant que Kœrner fut obligé d'interrompre l'opération.

Haug a fait la même constatation et Meyers, après avoir élevé dans une analyse du travail de Haug des doutes sur le bien fondé de cette constatation de Haug, a eu occasion trois ans plus tard de se convaincre que le conseil de Haug, de n'opérer qu'avec des gouges très tranchantes pour réduire le nombre de coups de maillet au minimum, n'était pas si superflu. Meyers a vu que chez un garçon, chez lequel il a voulu faire une radicale, le pouls tombait à 44 avec chaque coup de maillet.

Mais sans compter la commotion cérébrale, les coups de maillet peuvent devenir dangereux en provoquant des hémorrhagies cérébrales, des encéphalites hémorrhagiques (Oppenheim, Jansen), en propageant les suppurations intra-craniennes (Kœrner) et labyrinthiques (Schwarze), en provoquant des surdités du côté sain (Grossmann, Schlomkas). Entraîné par son sujet, l'auteur dit qu'il existe peu d'opérations qui, quant à l'action nocive exercée sur le cerveau, peuvent être comparées à l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

Le diagnostic de ces troubles psychiques n'est pas toujours si aisé. L'auteur publie plusieurs observations dans lesquelles il montre que le commencement de l'aliénation mentale a pu se cacher jusqu'à ce que le suicide commis par l'opéré a mis dans la vraie lumière clinique ce qui a paru jusque-là comme indocilité, nervosité, tristesses, ennui, etc. Il se juge en conséquence autorisé à voir dans l'apparition d'un état mélancolique ou hypochondriaque à la suite d'une intervention sur la mastoïde, un signe alarmant. Il nous reste encore à mentionner que l'auteur publie plusieurs observations personnelles. LAUTMANN.

Recherche du rodanate de potasse dans la salive des malades atteints d'affections auriculaires, par A. STUFLER (*Archiv. ital. di otol. cli.* Vol. XVI, f. 4, p. 307, 1905).

Pour cette recherche, S. s'est servi du réactif de Solera fondé sur la propriété du sulfocyanure de potassium de mettre en liberté l'iode de l'acide iodique, mis en contact avec de l'empois d'amidon, cet iode forme de l'iodure d'amidon, de couleur caractéristique. De petits tampons de coton étaient laissés en place pendant dix minutes à l'embouchure du canal de Sténon, de celui de Warthon ou des glandes sublinguales ; il faisait ensuite tomber sur chacun d'eux quelques gouttes d'une solution concentrée d'acide iodique fraîchement préparée, puis un peu d'empois d'amidon : la réaction se produisait immédiatement ou après quelques minutes selon l'abondance du rodan dans la salive.

Quelques auteurs (Jürgen, Alexander et Reno) ont accordé à la présence ou à l'absence de ce principe dans la salive une certaine valeur diagnostique ou pronostique dans les maladies auriculaires. Sans contrôler cette opinion, S. a recherché le rodan chez cent individus atteints d'affections auriculaires et chez quinze individus à oreilles saines.

Or, il conclut de ses recherches : 1° que la présence du rhodanate de potasse dans la salive mixte et dans la salive parotidienne est constante ; plus abondante dans la salive parotidienne, elle peut manquer, quoique rarement, dans la salive sous-maxillaire ; 2° que sa quantité varie d'individu à individu ; bien plus, chez le même individu, elle peut varier aux divers moments de la journée ; 3° que les maladies auriculaires en général n'ont aucune influence sur sa quantité dans la salive ; 4° qu'il ne disparaît pas à la suite des opérations radicales.

M. BOULAY.

Spasme clonique du stapédius et des autres rameaux du facial, par CITELLI (*Bollet. d. mal. dell' orecchio, etc.*, mai 1905, n° 5, p. 111).

Si les cas de bruits entotiques, dus à des spasmes cloniques des muscles péristaphylins, sont relativement nombreux, très rares au contraire sont les observations de bruits entotiques provoqués par des crampes du stapédius.

Des cas rapportés par Lucæ, Hitzig, Buzzard, Gottsttein, Hartmann, il résulte que le spasme du stapédius s'accompagne d'un état irritatif des autres rameaux du facial et spécialement de l'orbiculaire ; il se signale par un bruit bas, de caractère variable et de courte durée, se reproduisant par accès qui coïncident avec les crises spasmodiques des muscles faciaux.

Chez le malade de C., des crises spasmodiques de l'orbiculaire de la paupière droite se produisaient depuis trois ans, mais avaient augmenté de nombre et d'intensité depuis un an : en dernier lieu, elles s'accompagnaient de déviation de la commissure labiale en haut et en arrière, ainsi que de la sensation d'un bruit bas et profond dans l'oreille correspondante ; cette sensation disparaissait avec l'accès qui durait environ cinq minutes. L'oreille était normale au double point de vue anatomique et fonctionnel : on notait seulement une légère augmentation de la durée de perception des sons graves.

L'usage de courants constants et de bromure améliora rapidement le malade.

M. BOULAY.

II. — *PHARYNX*

La cure radicale du rhumatisme articulaire (Die tonsillare Radicalthérapie des Gelenkrhumatismus), par GURICH (*Wien. Klin. Rundschau*, nos 39 et 40, 1905).

Ce travail qui ne peut manquer de provoquer de l'opposition et rencontre du scepticisme dans sa conclusion thérapeutique est écrit avec une telle conviction qu'il mérite qu'on l'analyse en détail. Car vraiment ce serait faire injustice à l'auteur que de constater simplement que le rhumatisme articulaire est une manifestation septique de l'organisme consécutive à l'amygdalite et radicalement guérissable, sans emploi des médicaments (salicylate de soude) par la cure radicale de l'amygdalite chronique.

Le rhumatisme articulaire est une maladie infectieuse et récidivante. Le virus rhumatismal peut entrer dans l'organisme par voie externe, ce qui n'est pas prouvé et peu vraisemblable si l'on songe que souvent le rhumatisme se manifeste par accès subintrants, ou il peut être élaboré dans l'organisme dans un foyer latent. En acceptant cette dernière hypothèse, l'analogie avec beaucoup d'autres maladies récidivantes se présente à l'esprit.

Si on pense que l'apparition d'une angine a souvent précédé l'éclosion d'une attaque de rhumatisme articulaire on est amené à se demander si les tonsilles ne pourraient pas constituer un foyer latent d'infection. Amygdalite et rhumatisme seraient dans la même relation que blennorrhagie et arthrite. Chaque réveil d'amygdalite pourrait se compliquer d'arthrite et la marche récidivante du rhumatisme se trouverait expliquée.

Si donc l'exacerbation d'une amygdalite chronique est cause d'une récidive de rhumatisme, on pourrait, comme dans une expérience de laboratoire, provoquer une crise de rhumatisme chez le rhumatisant en irritant l'amygdade chroniquement inflammée. Cette expérience réussit, d'après Gurich, avec une sûreté infaillible. Il suffit de provoquer une irritation d'amygdale chez un rhumatisant, par exemple en exécutant une discission d'amygdale, pour voir une attaque de rhumatisme éclater comme réponse.

Cette amygdalite dont il est question est toujours l'amygdalite lacunaire vulgaire. Il n'est pas nécessaire que ces exacerbations soient très manifestes pour donner naissance à une attaque de rhumatisme. D'après les théories modernes, les lésions que le virus occasionne à la porte d'entrée peuvent être des plus petites

et parfois invisibles (infection puerpérale, ostéomyélite, etc.). Il n'existe donc pas de parallélisme entre la gravité de l'infection générale et la réaction locale à la porte d'entrée.

En conséquence, il serait erroné de s'informer auprès du malade si, au début de son attaque, il avait oui ou non mal à la gorge. Une simple inspection des amygdales ne prouverait rien non plus. Il faut savoir que l'amygdalite lacunaire est un diagnostic qui demande une certaine habilité spéciale. On tire avec un crochet le pilier antérieur latéralement et on introduit le crochet à amygdale dans les lacunes. Au début de l'amygdalite on ne trouvera pas toujours le bourbillon lacunaire.

Le traitement est chirurgical. L'extirpation radicale des amygdales est rarement possible. Dans les cas favorables l'anse chaude donnerait une cicatrice solide, ne laissant pas de nids permettant la pullulation des microbes. Généralement il faudra faire la discission avec crochet pointu et bistouri. Ce qui reste de tissu entre les cryptes largement ouvertes est sectionné avec les ciseaux de Cooper ou une curette double.

Par la discission des amygdales infectées on ouvre largement au virus rhumatismal la porte. On observe avec une certaine régularité les jours suivants une poussée de rhumatisme. On fera bien d'en prévenir le malade. Mais parfois le rhumatisme est comme coupé. Après chaque séance il faut attendre de une à deux semaines. Comme il est possible que dans des cas exceptionnels des dents cariées fassent office d'amygdalite, il est nécessaire d'extraire ou d'obturer les dents cariées. Tant que les amygdales ne sont pas transformées en un tissu cicatriciel inerte, le malade est toujours exposé à une attaque de rhumatisme. Pour qui sait quelle difficulté comporte le traitement de l'amygdalite lacunaire chronique, il sera évident que les insuccès seront imputables à la technique et non pas à la théorie du traitement.

Et maintenant résumons quelques-unes des observations de l'auteur.

OBSERVATION IV. — Soldat, 22 ans. Angine le 20 décembre 1903, Attaque de rhumatisme articulaire aigu le 23 décembre 1903. Gardé plusieurs mois à l'infirmerie, est congédié avec octroi de pension. Consulte l'auteur le 6 novembre 1904. Prétend n'avoir d'accalmie que pendant quelques heures ou quelques jours seulement. Les articulations du pied, du genou, des doigts sont constamment endolories. Toutes ces articulations sont douloureuses, tuméfiées au moment de l'examen. Atrophie du quadriceps droit. Souffle systolique. Température 37°8. Pouls 98. Gurich conseille

le repos au lit et pratique, le 20 novembre, la première fois la discission. Violente attaque de rhumatisme. A la suite, plusieurs séances avec moins de réaction rhumatismale. Guérison vers la fin octobre. Le malade est venu à la dernière consultation à pied après avoir fait deux lieues dans la neige. Les bruits systoliques au cœur ont disparu.

OBSERVATION VII. — Jeune fille de 18 ans commence à l'âge de 9 ans la danse de Saint-Guy qui persiste jusqu'au 28 juin 1904, jour où l'auteur la voit pour la première fois. Exacerbation avec légères douleurs articulaires depuis huit semaines. La malade a des mouvements choréiques partout, même dans les muscles du larynx et pendant le sommeil. La malade a des amygdales énormes. La malade refuse le traitement « tonsillaire » mais comme aucun moyen ne peut la guérir revient, le 1er août, pour se faire soigner. Une double amygdalotomie est accompagnée par une énorme crise choréique mais une semaine plus tard tout mouvement choréique cesse presque brusquement. Les derniers vestiges d'amygdales sont enlevés en septembre et la malade guérit complètement.

OBSERVATION VIII. — Jeune homme de 18 ans, après une angine légère fait une attaque de rhumatisme le 4 janvier 1904. Il a été soigné par plusieurs médecins. L'amélioration dure autant que le malade prend les médicaments. Le malade est vu la première fois le 17 mars. Les amygdales sont petites, contiennent quelques bouchons. Le 19 mars, le malade quitte le traitement complètement guéri.

L'auteur cite huit observations, qui ne constituent que le quart des cas observés et guéris par lui. Jusqu'à présent il n'a eu aucun insuccès à enregistrer. LAUTMANN.

Nouveau tonsillotome, par HENKES (*Monatsschrift f. Ohrenh.*, n° 7 ; 1905).

Cet instrument destiné à la section de l'amygdale palatine se compose de deux parties, un guide-anse et un manche. Le manche est à ressort, se laisse commodément tenir d'une seule main et permet de resserrer l'anse suffisamment pour sectionner l'amygdale. Instrument fabriqué par Walb'Heidelberg.

LAUTMANN.

Localisation paradoxale de la douleur dans le pharynx, par MENZEL (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, n° 7, 1905).

Un malade de Menzel accusait des douleurs violentes irradiant

dans l'oreille droite et le côté droit du pharynx au moment de la déglutition. A l'examen, on trouve que la cause de cette douleur localisée à *droite*, provient de trois petites gommes situées dans le côté *gauche* du pharynx latéral. Il est rare que les malades se trompent *de côté* en localisant leurs douleurs. Mais c'est presque constamment qu'ils localisent mal l'endroit. Pour les spécialistes, c'est aujourd'hui chose connue qu'une irritation provenant d'un point quelconque du nez, épi, hypopharynx ou larynx ou dans un endroit près de l'angle maxillaire inférieur. Mais on connaît aussi des localisations plus exceptionnelles, ainsi, par exemple, une irritation provenant de l'épi-pharynx et localisée par un malade de Bloch derrière le sternum, ou les localisations plus rares encore mentionnées par Quincke (*Zeitschr. f. Klin. Med.* Bd. XVII, Menzel). L'analyse de ce dernier travail constitue le fond de ce présent article. LAUTMANN.

Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux du cou, par J. Broeckaert (*Presse oto-laryng. belge*, n° 12, 1905).

Un jeune enfant âgé de quinze jours est adressé à Broeckaert pour des troubles dyspnéiques tenant à une volumineuse tumeur constatée dès la naissance et occupant toute la région antéro-latérale du cou. Peau normale, non adhérente ; caractère lobulé à l'inspection et à la palpation ; tumeur dépressible, mais non réductible ; un peu d'expansion sous l'influence des efforts. La ponction retire un liquide séreux et filant. Accroissement rapide.

Intervention. La tumeur se laisse libérer facilement sur ses parties supérieures et latérales, moins facilement à sa partie interne dont le point d'attache est presque impossible à préciser. Incision de plusieurs poches kystiques à contenu séreux, ce qui permet de luxer à l'extérieur la tumeur et de l'extirper par morcellements. Pas d'adhérences au paquet vasculo-nerveux du cou. Extirpation délicate d'un prolongement qui pénètre dans la cavité thoracique. Guérison avec une légère hernie du poumon.

Examen anatomo-pathologique. — Tumeur formée d'un nombre considérable de poches dont l'intérieur a un aspect anfractueux, dû à des filaments rougeâtres. La paroi présente une foule de dépressions, stade initial de formation de nouvelles vésicules qui s'insinuent entre les faisceaux. Le tissu fondamental est un tissu conjonctif adulte, très riche en fibres élastiques avec par endroits des éléments lymphoïdes, des fibres musculaires lisses, des cellules adipeuses. Vaisseaux extrêmement nombreux. Chose

importante, toutes les cavités sont tapissées d'un épithélium pavimenteux stratifié. Il s'agit donc d'un kyste séreux multiloculaire d'origine congénitale.

Pathogénie. — Certains kystes du cou sont d'origine vasculaire. Walther fait observer que ces kystes adhèrent à la gaine des vaisseaux ; Hueter, Günther, Kat ont publié des cas de kyste développé à la place du vaisseau absent. Cruveilhier, Broca et Cornil admettent qu'il s'agit d'angiomes transformés en kystes.

Lannelongue les rattache plutôt au système lymphatique. Arrou se range à cet avis.

Broeckaert estime qu'il faut surtout les rattacher à une origine branchiale. Roser, en 1864, émet le premier cette opinion, partagée de suite par Hensinger, Virchow et Schede. Kostanecki et Milecki (*Virchow's Archiv.*, 1890) les considère comme formés au dépens de débris épithéliaux de la deuxième fente branchiale. Pilliet tend à rattacher au thymus certains de ces kystes.

Broeckaert range le cas qu'il a observé dans les kystes branchiaux. La présence de lymphocytes, de cellules adipeuses, le siège de la tumeur dans la cavité thoracique l'ont porté à rechercher sa pathogénie du côté du thymus, par un développement inusité de la vésicule thymique. Il admet donc que certains kystes séreux du cou, d'origine congénitale, se rattachent à certains dérivés branchiaux qui prennent naissance aux dépens de la troisième fente entodermique branchiale. A. HAUTANT.

Trois cas de corps étrangers de l'œsophage, par AKA (*Revue hebdom. de laryng. otol. et rhinol.*, 25 novembre 1905).

Le professeur Moure, dans la *Presse médicale* du 2 août 1905, a publié un article : « Corps étrangers de l'œsophage et œsophagoscopie », déjà analysé dans les *Annales*, et où il citait trois observations démontrant la supériorité incontestable de l'œsophagoscopie sur les autres moyens d'investigation du tube œsophagien. Aka reproduit *in extenso* ces trois faits :

OBSERVATION I. — Malade, âgé de 56 ans, traité pour difficulté progressive de la déglutition remontant à quatre mois, intéressant d'abord les grosses bouchées puis les liquides. Le cathétérisme avec la plus petite olive montre un premier obstacle, puis un second infranchissable à vingt-six centimètres de l'arcade dentaire. Le malade ne peut plus avaler ni solide ni liquide. L'œsophagoscope montra à la partie moyenne des corps étrangers mous formant occlusion complète; à l'aide des pinces de Gottstein,

Moure enlève deux morceaux de tissu fibreux, aponévrotique: le canal avait une muqueuse lisse, sans érosion, sans traces de néoplasie; il était rétréci, mais cependant perméable. Plus tard, à la suite d'une nouvelle obstruction, un second examen œsophagoscopique permit d'enlever un dernier morceau aponévrotique. Quelques séances d'électrolyse achevèrent d'améliorer ce malade qui désormais s'alimente convenablement. Ainsi, dans ce cas où le diagnostic était incertain, l'œsophagoscopie a pu écarter l'obstacle à la déglutition et permit d'instituer un traitement rationnel par l'électrolyse.

OBSERVATION II. — Sou avalé par un enfant de quatre ans; la radiographie montre qu'il s'est arrêté à la partie supérieure de l'œsophage. Œsophagoscopie sous chloroforme dans le décubitus latéral droit; introduction du tube à trachéoscopie de Killian, le sou passe inaperçu. Une radioscopie montre cependant qu'il existe toujours bien à la même place. Seconde séance d'œsophagoscopie qui montre que la pièce était cachée assez complètement derrière l'anneau cricoïdien et se confondait avec la muqueuse: elle est assez facilement ramenée avec la pince à griffes.

OBSERVATION III. — Cas de Brindel, déjà publié dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Bordeaux; os siégeant au niveau du pharynx inférieur, au-dessous de l'épiglotte; enlevé à l'aide du miroir frontal, de l'autoscope de Kirstein et d'une grosse pince.

A. HAUTANT.

Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur, par J. L. FAURE (*Presse médicale*, 18 nov. 1905).

Voici un chapitre de chirurgie clinique que l'on peut s'étonner de ne pas voir, déjà, figurer en bonne place, dans les traités classiques de chirurgie opératoire. Tous ceux qui ont eu à pratiquer la résection du maxillaire supérieur pour tumeur maligne un tant soit peu envahissante, savent, par expérience, combien il est illusoire de vouloir se conformer aux règles rigoureuses des descriptions théoriques, règles inapplicables en l'espèce. Certes, l'opération rapide, brillante, l'opération d'amphithéâtre sera toujours de mise quand elle ne doit constituer que le temps préléminaire d'une autre intervention, l'exérèse d'un fibrome naso-pharyngien, par exemple, bien que l'on puisse accéder au naso-pharynx largement et commodément par une autre voie, moins mutilante (voie naso-maxillaire) et aussi sûre.

Donc, suivant les dimensions et le siège de la tumeur maxillaire,

on devra se borner à faire une résection d'étendue variable mais toujours atypique, en somme. Faure en a décrit la technique. Malade en position de Rose ; la trachéotomie n'est pas toujours nécessaire, mais il faut être prêt à la pratiquer. Le cas échéant, ce sera la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne facile à exécuter en quelques secondes.

L'hémorrhagie peut devenir inquiétante ou, tout au moins, constituer une gêne sérieuse si la tumeur est très volumineuse et vasculaire. Mieux vaut lier préventivement la carotide externe si on prévoit que l'opération pourrait rester incomplète du fait de l'impossibilité d'obtenir une hémostase suffisante. D'ailleurs, on profitera de cette opération préliminaire pour débarrasser la région carotidienne des ganglions dégénérés qui peuvent, déjà, s'y manifester.

Instrumentation : ceux qui composent l'arsenal indispensable de toute opération : il est bon de disposer de deux pinces gouges, l'une très forte à mors très larges dont l'auteur nous donne le dessin, une autre plus petite, l'étendue de la partie à enlever par *morcellement* est naturellement proportionnée à l'étendue et au siège de la néoplasie. L'intérêt de la méthode est tout entier dans la technique du morcellement qui permet d'atteindre et d'enlever en totalité des portions étendues du maxillaire tout en conservant les régions saines : d'où minimum de délabrement tout à fait compatible avec la conservation de l'esthétique ou la mise en place ultérieure d'un appareil de prothèse. C'est ainsi que, la tumeur étant limitée au rebord alvéolaire, quelques coups de pince gouge vont suffire sans même nécessiter une incision cutanée. On relèvera simplement la lèvre supérieure. La tumeur est plus volumineuse et s'est développée dans le sinus : une incision cutanée est nécessaire pour bien découvrir la région. Celle de Liston, connue sous le nom d'incision de Nélaton, convient parfaitement. On résèque la paroi antérieure, on enlève la face interne du sinus avec le cornet, en un mot, on poursuit la lésion sans s'inquiéter du délabrement consécutif. Il ne doit, d'ailleurs, compter ici, qu'à titre de préoccupation accessoire. Il est impossible de tracer, par avance, des règles précises : on gardera, toutes les fois qu'il sera possible, la voûte palatine utile à conserver pour une prothèse ultérieure, la voûte orbitaire, le malaire. Parfois on se verra dans la nécessité de faire une exérèse très étendue qui devra intéresser l'ethmoïde — le maxillaire du côté opposé — il faudra vider l'orbite et gruger même jusqu'à la base du crâne. L'hémorrhagie dans les résections partielles est facilement répri-

mée par le tamponnement auquel la région se prête admirablement. Si la résection doit être considérable, si le sujet est affaibli, mieux vaut, comme il a été dit plus haut, lier préalablement la carotide externe.

Le tamponnement postopératoire est laissé en place vingt-quatre heures, au moins. On pratique ensuite des lavages très fréquents pour éviter l'infection.

Cette description est, en somme, comme on le voit, la mise au point de la technique suivie par les opérateurs qui, bon gré, mal gré, doivent abandonner la résection classique toutes les fois qu'une extirpation large de tout ou partie du maxillaire est commandée par la présence et le développement d'une néoplasie cancéreuse. E. LOMBARD.

Emploi de l'amiante dans le traitement des voies respiratoires supérieures, par Saniter (*Zeitschrift f. Ohrenheilk.*, Band XLIX, Heft 2).

L'auteur recommande de se servir de l'amiante à la place de coton pour faire les badigeonnages nécessaires dans notre spécialité. L'avantage consiste en la possibilité de pouvoir obtenir une asepsie complète, ce qui est impossible avec le coton hydrophile dont on se sert habituellement. Il faudra modifier les porte-cotons pour pouvoir leur adapter l'amiante (Porte-cotons modifiés et amiante dans la Médic. Warenhaus. Berlin). LAUTMANN.

Statistique de la clinique privée d'oto-laryngologie de Cracovie en 1904, par Spira (*Monatsschrift f. Ohrenheilk.*, n° 5, 1905).

L'auteur a l'habitude de publier la statistique annuelle de la clinique qu'il dirige. Cette fois-ci nous y puisons peu de choses intéressantes. Ainsi Spira mentionne parmi les corps étrangers enlevés du conduit une puce vivante; comme cause de l'otite moyenne aiguë une fois la dentition et le traumatisme (soufflet sur l'oreille). Il constate les rapports entre tuberculose pulmonaire et l'ozène. Il se loue de l'emploi du thigenol, surtout dans les otites compliquées de cholestéatome. Il semble ne pas avoir eu de succès avec la thiosinamine, qu'il s'était proposé d'étudier dans sa dernière publication. LAUTMANN.

La stovaine et ses applications en oto-rhino-laryngologie, par G. A. Tapia (*Boletin de laringologia, otologia, rinologia*, Madrid, décembre 1904).

L'auteur rapporte avoir, en dernier lieu, employé la stovaine

dans de nombreux cas. Les résultats obtenus ont été les suivants :

Opérations sur les amygdales palatines. Amygdalotomie avec l'amygdalotome de Mathieu. — 2 cas d'hypertrophie bilatérale. L'amygdale est cocaïnée au 1/10 d'un côté, stovainée du côté opposé. Opération sans douleur des deux côtés. Légère hémorrhagie des deux côtés.

Morcellement des amygdales à la pince de Ruault. — 16 cas. Cocaïne d'un côté, stovaine de l'autre. Anesthésie parfaite et hémorrhagie insignifiante des deux côtés.

Ignipunture. — Soit sous forme de raies traversant l'amygdale dans toute sa profondeur, soit plus superficiellement. La stovaine a toujours donné dans cette opération des résultats satisfaisants.

Discision. — Dans 2 cas d'amygdalite lacunaire caséeuse, la discision a été pratiquée avec le crochet de Lennox Browne, sous stovaine : anesthésie parfaite.

Phlegmon de l'amygdale. — Dans un cas de phlegmon, l'incision au galvano-cautère est restée douloureuse en dépit de la stovaine.

Opérations sur l'amygdale linguale. — L'auteur a fait vingt-deux fois l'ignipunture de cette amygdale, avec anesthésie à la stovaine. Résultat parfait. Dans un cas d'hypertrophie considérable bilatérale, l'extirpation a été faite d'un côté à la cocaïne, à la pince d'Escat. Quelques jours plus tard, la même opération est répétée du côté opposé avec la stovaine. L'anesthésie obtenue avec les deux agents fut sensiblement pareille.

Opérations sur l'amygdale pharyngée. — L'auteur n'emploie aucun anesthésique local.

Opérations sur le larynx. — Chez une malade atteinte de papillomes du larynx, l'extirpation a pu être faite à la stovaine à 10 $^0/_0$ sans aucun incident. La même malade ne pouvait tolérer la cocaïne, dont l'emploi avait donné lieu, chez elle, à des alertes sérieuses.

L'anesthésie à la stovaine a également permis à l'auteur d'enlever un nodule de la corde vocale gauche.

L'anesthésie obtenue avec la stovaine est suffisante, toutefois elle est moins complète qu'avec la cocaïne. Elle paraît, en outre, plus fugace.

Opérations sur les fosses nasales. — Pour les cautérisations des

cornets, l'ablation des crêtes, des éperons, des polypes et des queues de cornet, l'anesthésie à la stovaine est absolument comparable à l'anesthésie de la cocaïne.

La rétraction de la muqueuse des cornets se produit sous l'attouchement de la stovaine à 10 °/₀, mais elle est moins marquée que lorsqu'on emploie la cocaïne à la même dose.

La stovaine ne jouit pas des mêmes propriétés vaso-constrictives que la cocaïne ; aussi l'auteur n'a-t-il pu terminer une turbinotomie à la pince de Laurens, le champ opératoire ayant été inondé de sang.

L'association de la stovaine et de l'adrénaline permet de suppléer à l'absence des qualités vaso-constrictives de la stovaine seule. Cette association donne d'excellents résultats et permet d'éviter à coup sûr toute hémorrhagie.

L'emploi de la stovaine facilite les injections de paraffine dans les cornets atrophiés. La muqueuse ozéneuse est, en effet, mince et fragile et il y a tout intérêt à ne pas provoquer, lorsque c'est possible, la rétraction maxima de cette muqueuse.

Opérations sur les oreilles. — Dans 2 cas de polypes de la caisse, et dans un cas de curettage, l'opération à la stovaine a pu être faite avec des résultats absolument comparables à ceux obtenus auparavant avec la cocaïne.

Conclusions de l'auteur. — La stovaine est bien moins toxique que la cocaïne ; elle est antiseptique et parfaitement analgésique.

La stovaine est dépourvue de propriétés vaso-constrictives, ce qui la rend d'autant plus précieuse que la plupart des petites opétions de la spécialité exigent que le malade soit assis.

Elle a sur le cœur une action tonique et, à ce point de vue, elle est préférable à la cocaïne.

Enfin elle s'élimine rapidement par voie rénale, ce qui permet son emploi à hautes doses.

Pour ces différentes raisons, l'auteur n'emploie pas d'autre anesthésique local que la stovaine. MOSSÉ.

Narcose au chlorure d'éthyle dans la chirurgie oto-rhino-laryngologique, par NEUBORN (*Archiv. f. laryngologie*, Band XVII, Heft 1).

L'auteur est un partisan enthousiaste de l'anesthésie au chlorure d'éthyle. Il n'a aucun inconvénient à noter à la suite de l'administration de cet anesthésique dans 400 cas. Il lui est arrivé

de faire jusqu'à huit éthylations dans une seule après-midi ; deux à quatre sont fréquentes pendant sa consultation. La narcose est très rapide (1/2-1 minute), il n'y a pas de période d'excitation, le réveil est prompt sans aucun trouble consécutif. En tenant compte des principaux anesthésiques employés, Seitz conclut que la mortalité du chlorure d'éthyle est la plus petite (1 : 16.000) moitié moindre que celle du bromure éthyle. LAUTMANN.

Recherches sur les écoliers normaux et imbéciles, par NADOLECZNY (Munich) (Communication au Congrès des naturalistes et médecins allemands à Méran, 1905).

Les recherches ont été faites à l'aide de l'otoscopie, de la rhino et pharyngoscopie sur 213 enfants dont 109 garçons et 104 filles, tous âgés de 6 à 7 ans. Le but de ces recherches d'extension plutôt qualitatives que quantitatives est de prétendre à d'autres recherches répétées sur les mêmes enfants durant les années de l'école. Sur 426 oreilles, 65,7 °/₀ (normales) entendent la voix chuchotée (nombres) à une distance qui dépasse 8 mètres, 25,6 °/₀ l'entendent entre 8 et 4 mètres, 4,5 °/₀ entre 4 et 2 mètres, 1,2 °/₀ entre 2 et 1 mètre, 0,7 °/₀ entre 1 mètre et 0m,50, 0,7 °/₀ entre 0m,50 et 0m,25, 0,7 °/₀ entre 0m,25 et 0m,12 et 0,9 °/₀ entre 0m,12 et 0 centimètre. La distance normale dépassant 8 mètres pour les nombres de tonalité haute s'est trouvée dans le 91,3 — 92,5 °/₀ des oreilles examinées, pour les nombres de tonalité moyenne dans le 77,9 °/₀ et pour ceux de tonalité basse dans le 67,6 °/₀ des oreilles. Parmi les causes qui ont produit la diminution de l'ouïe on trouve spécialement la rétraction du tympan plus ou moins fort, qui est rare chez les enfants avec une faculté auditive normale où elle ne se trouve que dans le 13 ou 14 °/₀, tandis qu'elle est fréquente chez les enfants avec ouïe altérée (au-dessous de 8 mètres). On la trouve chez ces derniers dans le 47 °/₀ des garçons et le 59 °/₀ des filles.

D'après les données anamnestiques sur les enfants qui entendent bien, le 9,8 °/₀ des garçons et le 7,2 °/₀ des filles ont souffert d'otorrhée, tandis que chez les autres le pourcentage de cette affection monte à 22,5 chez les garçons et 25,7 chez les filles. Bezold a supposé que souvent la rougeole pouvait être la cause des formes légères de surdité qu'on trouve si souvent parmi les écoliers. Mais d'après ces recherches le pourcentage de ceux qui ont subi cette maladie est presque le même chez les enfants qui entendent bien (72,5 °/₀ des garçons, 73,9 °/₀ des filles) et chez ceux qui n'en-

tendent la voix chuchotée qu'au-dessous de 8 mètres (74 °/₀ d. g. 71,4 °/₀ d. f.)

Il est intéressant de connaître la dimension de l'amygdale pharyngée chez les enfants. La rhinoscopie postérieure nous permet de nous en rendre compte — naturellement, si elle est possible — ce qui a été le cas chez 56 °/₀ des enfants examinés. D'après Barth on peut distinguer plusieurs groupes suivant le développement plus ou moins fort de cet organe : 1° L'amygdale de Luschka, examinée avec le miroir post-rhinoscopique, n'arrive pas à toucher le bord supérieur des choanes (5,3 °/₀ des garçons et 14,3 °/₀ des filles examinés). 2° Elle le touche sans couvrir l'ouverture choanale (7 °/₀ des garçons et 15,8 °/₀ des filles). 3° Elle couvre cette dernière jusqu'à un tiers de sa largeur chez 57,9 °/₀ des garçons et 36,5 °/₀ des filles. 4° Elle arrive à couvrir la moitié des choanes chez 17,5 °/₀ des garçons et 23,8 °/₀ des filles. 5° Elle finit par couvrir deux tiers ou davantage de cette ouverture chez 12,3 des garçons et 9,6 °/₀ des filles.

Le fait que dans la majorité de ces enfants de 6 à 7 ans on trouve une amygdale pharyngée assez développée pour justifier l'expression « hypertrophique » a donné lieu à des recherches sur les relations entre dimension de cet organe, surdité, hauteur du palais et respiration buccale. Les résultats de cette enquête peuvent justifier l'opinion que la seule grosseur de l'amygdale pharyngée n'est pas une indication suffisante pour l'adénotomie. Ni la respiration buccale, ni la hauteur pathologique du palais, ni la surdité ne se trouvent d'une fréquence excessive chez les enfants porteurs d'amygdales à classifier dans le troisième groupe. Même dans le quatrième et cinquième groupe la respiration nasale a été constatée aussi souvent que la respiration buccale. Sur 38 porteurs de végétations de ces deux groupes on en trouve 19 avec ouïe normale et 19 qui n'entendent la voix chuchotée qu'à moins de huit mètres. La hauteur excessive du palais n'a été constatée fréquemment que chez les enfants avec végétations très grosses, tandis que chez les autres on trouve toutes les formes du palais, en majorité les formes plates. Tandis que les écoliers respirant par le nez ont rarement le palais haut et étroit, ceux qui respirent et dorment la bouche ouverte présentent tous les divers types du palais.

Les recherches sur les idiots (arriérés) ne sont pas encore terminées. Sur trente-six oreilles on en a trouvé vingt et une normales, sept entendent la voix chuchotée entre 8 et 4 mètres, une oreille entre 4 et 2 mètres, une entre 1 et $0^m,50$, quatre entre $0^m,50$

et $0^m,25$ et une fille n'entend la voix d'intensité moyenne qu'à $0^m,50$ à $0^m,25$ de deux côtés. Considérant que l'examen auditif chez ces enfants est rendu très difficile par l'inexactitude des réponses et l'insuffisance de la concentration mentale, on doit admettre que ces résultats restent peut-être au-dessous de la vérité. L'amygdale de Luschka se trouve de même dimension que sur les enfants normaux. Les défauts de prononciation de la parole sont très fréquents parmi les imbéciles et chez eux le développement du langage est aussi très retardé.

Tuberculose des amygdales chez les enfants, par L. Kingsford (*Lancet*, 9 janvier 1904).

K. donne le résultat de l'examen microscopique des amygdales enlevées à l'autopsie, sur dix-sept enfants âgés de 4 mois à 9 ans. Dans 7 de ces 17 cas, il y avait des lésions de tuberculose à l'examen microscopique ; c'est-à-dire qu'on trouva des cellules géantes, mais seulement deux amygdales contenaient des bacilles de la tuberculose. Dans un cas l'infection était probablement primitive, mais dans tous les autres cas elle était secondaire aux autres lésions ; l'infection s'était faite par voie sanguine dans 5 cas, et dans l'autre cas probablement par les crachats.

SAINT-CLAIR-THOMPSON.

Le morcellement de l'amygdale palatine, par Eug. Félix (*Monats. fur Orenheilkunde*, n° 10, 1905).

Article dans lequel se trouve décrit, avec beaucoup de détails, la méthode classique du morcellement des amygdales avec l'instrument imaginé par Ruault. LAUTMANN.

Polype de l'amygdale, par Blanc (*Revue hebdomadaire de laryng., otol. et rhin.*, 3 février 1906).

Tumeur d'un blanc grisâtre, de la grosseur d'un pois, dure et mobile, au niveau de la fossette sus-amygdalienne droite. Formée de tissu conjonctif, dense et serrée, contenant çà et là des boyaux épithéliaux. A. HAUTANT.

Zona occipito-cervical bilatéral précédé d'une angine aiguë, par H. Bichelonne (*Revue hebdom. de laryng., otol., et de rhin.*, 17 février 1906).

Le zona bilatéral est excessivement rare. Cependant Magee, Finny, Kaposi, Douglas, Augagneur, ont relaté des observations de zona bilatéral du cou, et Bichelonne résume les cas rapportés par Elbiott et Batut. B. a également observé et publié un fait de zona double occipito-cervical.

Un malade, à la suite d'une angine, avec peu de symptômes généraux, présente à la nuque, sur les côtés du cou, au menton et à la région parotidienne une éruption caractéristique du zona, d'un zona bilatéral. Cette éruption occupe les territoires des branches postérieures de la troisième paire cervicale, les ramifications de la branche cervicale transverse, de la branche auriculaire et de la branche petite mastoïdienne. Marche d'un zona ordinaire.

B. signale les rapports possibles entre les manifestations inflammatoires de la gorge et l'éruption du zona, sans qu'il puisse les préciser (même cause, ou bien le zona étant la conséquence de l'intoxication de l'organisme par les produits sécrétés au niveau de l'amygdale enflammée, ou simple coïncidence), Batut et Palm ont également observé la coexistence d'une fièvre zoster avec une angine.

Dans le cas de B., la distribution de l'éruption en fait plutôt un type à répartition radiculaire portant sur les ganglions de la troisième paire cervicale, sur ses racines et la corne postérieure, lésions analogues à celles déjà signalées par Armand Delille et Camus, ainsi que G. Ballet. A. Hautant.

Relevé statistique du service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Saint-Jean de Bruxelles (service du Dr Delsaux), par A. Fallas (*Presse oto. rhin. laryng. belge*, janvier 1906).

Parmi les faits rapportés dans ce travail, il faut citer :

2 cas de malformation congénitale de l'oreille. Dans l'un d'eux, M. Delsaux a injecté de la paraffine et a réussi à modeler un pavillon.

1 cas d'herpès zoster récidivant sur le trajet du filet auriculaire de l'auriculo-temporal.

Quelques observations de mastoïdite. Dans 1 cas de mastoïdite aiguë, la plaie rétro-auriculaire fut fermée immédiatement et avec succès. Une observation de mastoïdite aiguë post-scarlatineuse compliquée de rougeole et d'eczéma, une autre de mastoï-

dite aiguë compliquée de ganglion suppuré du cou, 1 cas de mastoïdite subaiguë gauche avec abcès extra-dural, un fait de mastoïdite réchauffée avec cholestéatome, abcès extra-dural, méningite localisée terminée par la guérison, avec suture secondaire de la plaie opératoire. Une autre observation a trait à un carcinome de l'oreille pris pour une mastoïdite de Bezold ; toute la mastoïde fut enlevée ainsi que le paquet ganglionnaire ; récidive quatre mois plus tard. Un cas d'algie mastoïdienne hystérique qui fut trépané. Enfin la relation d'un fait de pseudo-labyrinthite chez une malade évidée autrefois et non complètement guérie : les vertiges et les vomissements relevaient en réalité d'une affection stomacale, et c'est par l'observation attentive que le diagnostic de labyrinthite fut écarté. A. HAUTANT.

Sarcome de l'œsophage, par EDRED, M. CORNER et H. A. T. FAIRBANK (in *The Practitioner*, juin 1904, p. 818).

Cette statistique est tirée d'un travail de ces auteurs sur le sarcôme du tube digestif. On connaît 14 cas de sarcomes de l'œsophage ; l'affection est plus fréquente chez l'homme (11 cas) que chez la femme (2 cas). On le trouve à tous les âges de la vie. Le siège le plus fréquent est au tiers inférieur de l'organe. Les symptômes sont semblables à ceux du cancer ; la marche est plus rapide, la douleur est plus violente, et particulièrement les nuits pendant le repos ; tandis que dans le cancer la douleur se manifeste surtout pendant les repas. La durée est de six mois. La lésion commence dans les tissus sous-muqueux, et envahit en anneau. Dans 3 cas, la tumeur formait une sorte de masse pédiculée. On observe des ulcérations, des perforations et des abcès gangréneux, du médiastin des poumons. On trouve toutes les variétés de sarcome. Des lésions sarcomateuses secondaires ont été notées dans 50 $^0/_0$ des cas. Dans 1 cas on a pratiqué la gastrostomie, le malade est mort huit jours après. A. RAOULT.

Traitement du carcinome de l'œsophage par les rayons de Rœntgen, par WENDEL (*Munchen. et Mediz., Wochensch.*, n° 5, 1905).

La chirurgie de l'œsophage appartient aujourd'hui, plus que jamais, au domaine de l'expérience. Les travaux de Sauerbruch, quoique promettant beaucoup, ne sont pas encore entrés dans la chirurgie générale ; la dilatation lente et progressive des tumeurs intra-œsophagiennes, quoique recommandée par Leyden et Albert, est délaissée aujourd'hui en faveur de la gastrostomie, les

résultats de cette dernière intervention sont loin d'être brillants ; les nouvelles découvertes : la radio et la Rœntgenthérapie étaient donc appelées à être essayées dans le traitement de la carcinose œsophagienne ; malgré un résultat très favorable obtenu par un observateur tel que Eichorn, la radiothérapie ne paraît pas encore avoir été mise en pratique dans le traitement du carcinome de l'œsophage, probablement parce que le radium est rare : la Rœntgenthérapie souvent essayée dans le traitement du cancer du sein, proche parent du cancer de l'œsophage n'a probablement pas encore été essayée et ceci à cause de la difficulté de la technique.

Wendell publie l'observation détaillée d'un malade chez lequel un cancer de l'œsophage bas-situé a été traité par les rayons X à l'aide de l'œsophagoscope, permettant la radiation immédiate de la tumeur; du 20 juillet au 8 août, Wendell a pratiqué huit séances de cinq à dix minutes ; le malade complètement cachectisé, dysphagique a rapidement repris du poids grâce à une nourriture mixte bien mastiquée et facilement avalée. A la fin du traitement il n'y avait aucune trace d'ulcération. Le malade a été perdu de vue. L'auteur publie son cas pour provoquer d'autres tentatives de radiothérapie du cancer œsophagien. LAUTMANN.

Sur l'occlusion congénitale de l'œsophage, par WILLIAM THOMAS (*Lancet*, 6 février 1904).

T. rapporte 1 cas (non confirmé par l'autopsie) et qui se rapproche des 19 autres déjà publiés. ST-CL.-THOMPSON.

Ablation d'une tumeur polypoïde de la base du crâne après résection préalable du maxillaire supérieur (*Lancet*, 9 avril 1904, page 989).

Il s'agissait d'un fibrome.

ST-CL.-THOMPSON.

Cancer de la bouche et de la gorge, par STANLEY BAYD et W. H. UNWIN (*Practitioner*, mai 1904, p. 397).

Les auteurs relatent une série de 14 cas de cancer de la bouche et de 4 cas de cancers de l'isthme du gosier et des amygdales. Parmi ces derniers cas qui nous intéressent spécialement, nous

constatons les faits suivants. Dans le *cas n° 1*, l'ulcération atteignait le pilier antérieur droit, et s'étendait au palais et à la langue ; l'infiltration était peu profonde, quelques ganglions étaient atteints des deux côtés. L'auteur sectionna les téguments, depuis l'oreille jusqu'au cricoïde, enleva les ganglions malades, puis sectionna la joue au niveau de l'angle du maxillaire. Ablation de toute la partie malade, avec le constricteur supérieur et les tissus voisins. Guérison, récidive ganglionnaire des deux côtés inopérable. *Cas n° 2* : ulcération de l'amygdale droite, des deux piliers et de la muqueuse s'étendant du maxillaire supérieur au maxillaire inférieur. Incision de Kocher étendue le long du sterno-mastoïdien, ablation des ganglions sous-maxillaire, sous-parotidiens, de la région carotidienne, de la région sous-cricoïdienne ; ablation de la branche droite du maxillaire. Enlèvement de l'amygdale, des piliers et de tous les tissus voisins malades. Le malade meurt dix jours après l'opération. *Cas n° 3* : ulcération du voile du palais, de la luette, du pilier antérieur et de la muqueuse au-dessus du maxillaire inférieur. Incision de Kocher, section de la joue, ablation des parties malades et d'une portion de la langue ; on s'aperçoit qu'il existe de l'infiltration des muscles. Guérison de l'opération. Récidive au bout d'un mois sur la muqueuse buccale. Un cas de survie avec récidive au niveau de l'amygdale. *Cas n° 4* : cancer du pharynx avec ganglion sous l'angle du maxillaire ; l'épiglotte est tirée à gauche. Longue incision le long du sternomastoïdien, une autre vers la ligne médiane. au niveau de l'hyoïde, ablation des ganglions. Section transversale du pharynx à travers le constricteur moyen. Ablation de cette portion de la paroi pharyngienne, de la grande corne de l'hyoïde et de la partie supérieure de l'aile gauche du thyroïde, ainsi que la membrane thyroïhyoïdienne. Le malade meurt le cinquième jour, d'hémorrhagie. A l'autopsie, on constate une ouverture de la carotide interne à son point d'origine.

Tous ces résultats, comme le disent en terminant les auteurs, sont peu encourageants.

A. RAOULT.

Epithélioma de la mâchoire inférieure et de la langue, par H. RUTHERFURD (*Glasgow med. journal*, mars 1904).

La tumeur avait envahi la moitié droite du maxillaire inférieur,

la moitié correspondante de la langue, les ganglions voisins et les glandes salivaires. L'auteur pratiqua là ligature primitive de la carotide. Le malade put, dans la suite, manger assez facilement, malgré l'absence de la moitié du maxillaire. Une récidive réapparut six mois après l'opération, dans la fosse ptérygoïdienne.

A. RAOULT

NOUVELLES

Xe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

La réunion de la Société italienne de laryngologie se tiendra à Milan, les 17, 18 et 19 septembre. Questions mises à l'ordre du jour :

1° Sur la méthode clinique pour l'examen du sens de l'équilibre dans les affections auriculaires ;

2° Corps étrangers du larynx, de la trachée et des bronches.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Second Annual Report of the Henry Phipps Institute, for the study, treatment and prevention of tuberculosis, février 1904 à février 1905. Publication de Henry PHIPPS, Institute, 238, Pine Street, Philadelphie, 1906.

Benzoecalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (*Voir aux Annonces*).

Le Gérant : MASSON et C[ie].

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXII. — N° 10. — Octobre 1906.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SERVICE ET CLINIQUE OTOLOGIQUE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

(M. le Professeur agrégé SEBILEAU, chef de service.)

QUATRE OBSERVATIONS DE PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE DANS LE COURS D'OTITES MOYENNES SUPPURÉES AIGUES CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SYNDROME DE GRADENIGO

Par **E. LOMBARD**, otologiste des Hôpitaux.

OBSERVATION I

Otite moyenne aiguë suppurée, avec mastoïdite. Apparition tardive d'un syndrome de Gradenigo.

Une femme, âgée de 33 ans, entre dans le service de M. Sebileau que je suppléais à ce moment, le 18 avril 1906, pour une otite moyenne aiguë suppurée droite. Convalescente d'une poussée grippale qui l'immobilisa pendant huit jours au mois de mars, on lui donna, dans une clinique de la ville, le conseil de faire des injections au siphon de Weber pour combattre une obstruction nasale tenace. A la huitième irrigation, l'oreille droite reste bouchée et devient douloureuse pendant la nuit. Les douleurs augmentent le 12 avril, elles deviennent intolérables du 14 au 15 et, au matin, apparaît un peu de liquide séro-purulent. Le 18, l'écoulement est profus et elle entre à l'hôpital. Au premier examen, je constate la présence d'une plaque érysipélateuse s'étendant au pavillon, à la région temporale et à la joue du même côté. La température est peu élevée : 38°. Conduit rempli de pus : membrane perforée lar-

gement en bas et en avant : région apophysaire extrêmement douloureuse à la pression dans toute son étendue. Il s'agit, en somme, d'une otite au sixième jour avec érysipèle et nous mettons la malade en observation dans une chambre d'isolement. Les deux jours suivants, la température monte à 39° le soir : l'érysipèle a gagné le cuir chevelu et l'autre côté de la face. L'écoulement est modéré, l'apophyse moins douloureuse. Le 22, la pression est presque bien supportée au niveau de l'antre, l'érysipèle commence à s'atténuer. La température revient à 37°,2. Même état les jours suivants. Desquamation fine du côté droit.

Le 30, la température s'élève, sans augmentation ni diminution de l'écoulement qui est réduit, sans manifestation douloureuse à la pression forte ou à la percussion de l'apophyse. Du 1er au 3 mai, la température oscille entre 39°,2 le soir et 37°,5 le matin. Il faut intervenir sans tarder. Notons que, depuis quatre jours, est apparue une douleur fixe très circonscrite à la région pariétale droite. Cette douleur à caractère névralgique augmente d'intensité dans l'après-midi pour devenir intolérable vers deux ou trois heures du matin.

A l'opération, je trouve l'antre plein de fongosités pâles, peu saignantes. L'apophyse entière en est remplie, bien que l'on distingue encore l'architecture des travées intercellulaires. Sinus vérifié et intact.

L'histoire ultérieure n'offre rien de particulièrement remarquable, sauf la persistance de la douleur fixe pariétale.

Toutefois, quinze jours après l'opération, malgré l'ouverture large de l'antre et le curettage de l'aditus, *la caisse suppure encore.*

Trois semaines environ après la trépanation, la malade signale des troubles de la vision. Je l'envoie à l'examen de M. Morax qui diagnostique une paralysie de la sixième paire du même côté que l'otite. Il existe de la dilatation de la pupille du *côté opposé* sans modification des réflexes. Fond de l'œil normal. La douleur pariétale disparaît complètement au bout de quelques jours. Elle s'était d'ailleurs notablement atténuée. Entre temps, la plaie de trépanation se comble régulièrement, mais il persiste pendant longtemps un très minime suintement de la caisse. Actuellement, c'est-à-dire six semaines environ après le début de la paralysie, la caisse est guérie, la plaie de trépanation cicatrisée, mais la diplopie existe encore ainsi que l'inégalité pupillaire. La malade a été soumise à l'examen de M. Babinski qui n'a pu découvrir aucun signe d'hystérie ou de tabes.

OBSERVATION II

Otite moyenne aiguë suppurée avec mastoïdite.
Syndrome de Gradenigo.

B..., Raymond, 8 ans, se plaint, le 20 juin 1906, de violentes douleurs dans l'oreille droite et de céphalée. Il est conduit à la clinique externe le 22 juin. La température, dit la mère, s'est élevée à 40°. On fait une large paracentèse à la suite de laquelle s'établit un écoulement profus en même temps que disparaissent les douleurs.

Le 2 juillet, violente céphalée avec localisation dans la région temporale droite. Le lendemain et les jours suivants, la céphalée augmente d'intensité et se fixe surtout à la région frontale droite. Il y a eu, paraît-il, quelques vomissements. Constipation.

Le 9 juillet, le malade est ramené à la clinique. On pense à de la rétention dans la caisse et on agrandit la paracentèse. Du 9 au 16 juillet, les douleurs persistent. Il y a quelques vomissements : le malade maintient l'œil droit fermé, sans doute pour éviter la diplopie, car la mère a constaté l'existence d'un strabisme interne du côté droit apparu depuis la dernière visite.

La température est élevée, 39°,6. L'enfant est admis à l'hôpital. Il est abattu mais répond à toutes les questions. Il indique nettement la région fronto-temporale droite comme étant le siège des douleurs.

La membrane bombe un peu. Ecoulement modéré par l'orifice de la paracentèse. Pas d'œdème mastoïdien. Un peu de douleurs à la pression forte de l'antre.

Un vomissement depuis l'entrée. Température, le soir, 40°,2. Le matin, 38°,6. Pouls 120°. Pas de Kernig. La ponction lombaire est négative. Il n'y a pas d'hypertension. Le liquide est clair. La centrifugation ne donne pas de culot.

Le malade maintient son œil fermé pour se soustraire à la diplopie. Il existe un peu de larmoiement. Paralysie du droit externe droit. Angle de déviation, 20°. Excursion en dehors, 10°. L'examen du fond de l'œil, pratiqué dans le service du Dr Morax, ne révèle rien. Aucune lésion oculaire en dehors de la paralysie de la sixième paire droite.

Trépanation de l'apophyse mastoïde.

Je trouve l'antre rempli de pus sous pression. En évidant l'apo-

physe, je constate que les cellules, modérément développées, sont remplies de fongosités sans pus. Je découvre le sinus qui est intact. Température, le soir, 37°,7.

Le lendemain, 18 juillet, la température est tombée à 37°. Les jours suivants, la température oscille autour de 37°. Elle est irrégulière, ne dépassant pas 38° ou 38°,2, mais l'apyrexie n'est pas complète.

Le quatrième jour, la diplopie gênante paraît avoir disparu. La paralysie cependant persiste au même degré apparent. Les phénomènes d'irritation méningée ont complètement disparu.

Le malade sort le 15 août. La suppuration auriculaire est tarie. La plaie opératoire en grande partie comblée. Amélioration notable de la paralysie de la sixième paire.

A partir de ce moment, nous l'envoyons régulièrement au service ophtalmologique qui constate la disparition progressive du strabisme interne et nous donne les renseignements suivants :

29 août. —	Strabisme convergent, O. D., ...	20°
	Excursion en dehors.	30°

Diplopie homonyme augmentant dans le regard à droite.

1er septembre. —	Strabisme convergent, O. D., . . .	15°
	Excursion en dehors.	30°
5 *septembre.* —	Strabisme convergent, O. D.	12°
	Excursion en dehors.	35°
7 *septembre.* —	Strabisme convergent, O. D. . . .	10°
	Excursion en dehors.	35°

19 septembre. — L'examen ophtalmoscopique pratiqué par M. Chevalier semble indiquer que le strabisme aurait un peu augmenté. Il trouve, en effet :

Strabisme convergent, O. D. . . .	15°
Excursion en dehors.	35°.

La mère, qui a examiné l'enfant pendant son sommeil, nous dit que la déviation en dedans persiste dans cet état.

L'état général est parfait ; le malade a repris son entrain et sa vie ordinaire. La plaie rétroauriculaire est complètement cicatrisée. Mais le strabisme, comme on le voit, persiste encore plus de deux mois après son début.

OBSERVATION III

Otite moyenne aiguë suppurée. Syndrome de Gradenigo. Cellulite pétreuse et thrombo-phlébite du sinus caverneux. Autopsie.

Reg. Joseph, 30 ans, vient à la consultation de médecine générale pour une névralgie faciale dont il souffre depuis quinze jours environ. Il présente les trois points classiques de Valleix et le point auriculo-temporal. Il est admis dans un service de médecine.

Comme il se plaint aussi de l'oreille droite (du même côté que les névralgies), on l'envoie pour examen à la clinique otologique. On constate une otite moyenne aiguë droite sans perforation de la membrane. Celle-ci est rouge, vascularisée, bombe légèrement. Paracentèse immédiate. Le lendemain et les jours suivants, l'écoulement est modéré, mais la température reste élevée et le malade se plaint d'une violente céphalée avec localisation sur les rameaux d'émergence du trijumeau.

28 août. — On le fait passer dans le service otologique. L'examen de l'apophyse ne permet de découvrir ni œdème, ni tuméfaction ; la pression forte n'est pas douloureuse au niveau de l'antre, mais sur le bord supérieur du conduit et au-devant du tragus.

2 septembre. — Antrotomie. L'antre ne contient pas de pus liquide. L'apophyse, diploétique, est rouge, congestionnée — manifestement atteint d'ostéite — mais nulle part, on ne découvre de foyer collecté.

6 septembre. — Apparition de la diplopie. L'examen de l'œil indique une paralysie de l'abducteur du côté droit. Les douleurs sont moins vives. La céphalée est moins localisée, plus diffuse, mais la température reste élevée, irrégulière avec des écarts de 1 à 1 degré et demi entre le matin et le soir.

10 septembre. — On remarque de l'œdème de la paupière supérieure droite en même temps qu'un certain degré de profusion de globe oculaire. Affaissement. Somnolence. Délire nocturne. La thrombose du sinus caverneux ne paraît pas faire de doute.

La ponction lombaire est positive. Le liquide contient des polynucléaires en grand nombre.

Mort, le 13 septembre, avec les signes d'une leptoméningite purulente.

Autopsie. — Leptoméningite diffuse avec maximum à la base.

Sinus caverneux droit thrombosé et suppuré. On découvre en disséquant la dure-mère, sur la face postérieure du rocher droit, une vaste cavité communiquant avec l'aditus par un orifice tellement étroit qu'il ne pouvait même pas être soupçonné. Cette cavité, de forme irrégulière, est creusée aux dépens de la substance même de la face postérieure qu'elle a évidée, et limitée en arrière par la dure-mère. Elle contourne le conduit auditif interne au-dessus de son bord supérieur s'étalant en dehors de lui jusque près du bord inférieur de la pyramide, et offre des dimensions maxima sur la face postérieure à la pointe. Elle s'insinue sous la loge du Gasser et aboutit au sinus caverneux suppuré. Elle est remplie de pus au milieu duquel baigne un séquestre de 2 centimètres de longueur environ, arborescent, découpé comme une feuille de fougère, et qui représente manifestement les débris des cloisons inter-cellulaires disséquées par la suppuration.

En examinant le rocher du côté opposé, je retrouve la disposition cellulaire de la pointe, le même système pneumatique arrivant jusque sous la dure-mère dont le sépare une lamelle osseuse papyracée.

OBSERVATION IV

Otite moyenne aiguë suppurée. Syndrome de Gradenigo. Cellulite pétreuse. Leptoméningite purulente. Autopsie.

G... Louis, 20 ans, se présente, le 5 septembre 1906, à la consultation d'ophtalmologie pour des troubles de la vue remontant à quelques jours. Après examen et après la constatation d'un écoulement auriculaire, il nous est adressé.

Il nous dit rapporter le début des accidents à un traumatisme datant de un mois environ : nageant dans une piscine, il se serait frappé le côté gauche de la tête contre celle d'un autre nageur. A partir de ce moment, apparut une céphalée violente empêchant le sommeil. Cinq à six jours plus tard, les douleurs diminuent en même temps qu'apparaît la suppuration auriculaire. Le malade ne s'en préoccupe pas.

Il y a dix jours, les douleurs réapparaissent s'étendant, à toute la moitié gauche du crâne, très intenses, comparées à des coups de marteau. Insomnie. En même temps se manifestent des troubles de la vue.

Le jour de l'admission, la température marque 38°. Il répond parfaitement aux questions qu'on lui pose et reste assis sur son lit

pendant l'examen et l'interrogatoire. Il se plaint de douleurs intenses, irradiées à l'œil, à la région frontale et pariétale gauche.

Pus dans le conduit qui n'est pas œdématié. La membrane n'est pas saillante, mais très vascularisée; par une perforation assez petite antéro-inférieure, s'écoule une quantité assez considérable de pus pour remplir rapidement le fond du conduit après assèchement.

A droite, membrane intacte.

L'apophyse gauche est un peu douloureuse à la pointe. La pression forte est très bien supportée, par contre, à la région antrale.

Examen ophtalmologique (Chevallier). — Pas de diplopie gênante. Elle se révèle par l'examen au verre coloré. Diplopie homonyme augmentant dans le regard à gauche. Strabisme convergent de l'œil gauche : 10°. Excursion en dehors : 10°. Le fond de l'œil est normal. L'acuité normale.

Le lendemain, 6 septembre, température : 37°,8, le matin; 37°,9, le soir. La douleur fronto-pariétale est surtout intense, mais le malade se lève; on ne constate ni torpeur ni lassitude. Cependant l'enquête ultérieure nous apprit que, la veille, l'infirmier de service à la consultation d'ophtalmologie avait été frappé de sa somnolence : il dut le réveiller à plusieurs reprises pendant qu'il attendait son tour.

7 septembre. — Même état. Température : 37°,4. Dans l'après-midi, vers deux heures, un vomissement. Violente crise de douleurs frontales; pour la première fois, le malade s'en plaint spontanément. Elles lui arrachent des cris. Température, vers quatre heures, 38°,4. A cinq heures, deuxième vomissement : puis, brusquement apparaît une crise épileptiforme qui aurait débuté, parait-il, par le bras gauche. Elle se généralise rapidement, dure quelques instants et aussitôt après s'installe le stertor. Coma terminal; mort à six heures.

Autopsie. — Lésions ordinaires de la leptoméningite généralisée avec traînées purulentes le long des vaisseaux. Le cerveau enlevé, on incise avec précaution la tente du cervelet. Entre la face postérieure de la pyramide et la face antérieure du lobe cérébelleux gauche, on trouve une toute petite poche circonscrite par des tractus arachnoïdaux, englobant les septième et huitième paires et s'étendant jusqu'à l'oculo-moteur externe. La région du ganglion de Gasser baigne dans le pus.

Après ablation du cervelet et du bulbe, on découvre, sur la face postérieure du rocher, une saillie de la dure-mère épaissie. Cette voussure a une forme ovalaire allongée transversalement, partant

du bord interne du conduit auditif interne et s'étendant en s'amincissant vers la pointe du rocher sur une longueur de 2 centimètres. Au niveau de la pointe même, la dure-mère est saine en apparence, mais en la déprimant, on constate qu'elle manque de soutien osseux et forme la paroi d'une poche pleine de liquide, on peut établir une véritable fluctuation entre les deux faces antérieure et postérieure de la pointe du rocher au-dessous du ganglion de Gasser. Cette paroi dure-mérienne incisée, on trouve au-dessous d'elle une vaste cavité creusée aux dépens de la pointe de la pyramide. Cette cavité est oblongue dans le sens de l'axe du rocher, allant du tubercule occipital et du trou auditif interne à l'apophyse clinoïde postérieure. En avant et en arrière, les limites sont formées par la dure-mère épaissie et tomenteuse du côté de la poche purulente, lisse et normale dans son aspect, du côté de la fosse cérébrale et cérébelleuse. Les contours de la perte de substance osseuse, visibles après écartement et décollement de la dure-mère,sont irréguliers et empiètent sur l'apophyse basilaire de l'occipital. Le nerf de la sixième paire s'engage en plein milieu de la poche purulente au milieu de laquelle il baigne comme suspendu.

A signaler l'intégrité du sinus caverneux et du canal carotidien. De l'extrémité externe de la poche purulente part une sorte de canal creusé dans la substance même du bord supérieur du rocher, entre ce bord supérieur et le massif limacéen; il aboutit en dehors, à la partie supérieure de la caisse, juste au-dessus de l'orifice de l'aditus. On peut suivre très aisément son trajet sur des coupes sériées. Il admet une grosse soie sans difficulté. Le conduit auditif interne est entièrement respecté. La muqueuse de la caisse est tuméfiée, œdémateuse. Même apparence de la muqueuse des cellules mastoïdiennes qui, d'ailleurs, ne contiennent pas de pus.

Le rocher de l'autre côté présente, lui aussi, une disposition pneumatique de la pointe. Du mercure versé dans les cellules apicales, vient sourdre dans la caisse. Il existe donc également du côté sain une voie de communication facile entre les cellules de la pointe et les cavités de l'oreille moyenne.

Voilà donc quatre observations dans lesquelles une otite moyenne aiguë purulente s'est compliquée de diplopie par paralysie de l'abducteur. Ces quatre cas ont eu une évolution différente : deux ont guéri ; deux se sont terminés par la mort.

Du rapprochement de ces observations et de celles qui ont été publiées il ressort que la nécessité s'impose d'établir entre elles des catégories, des groupements. La paralysie de l'abducteur, symptôme toujours le même en soi, comporte en, effet, un pronostic des plus variables. Aussi semble-t-il que chacun de ces groupements doive correspondre à une pathogénie différente ou à des évolutions dissemblables d'une même cause pathogénique. Telle est d'ailleurs la conclusion qui se dégage des discussions de ces dernières années. L'incertitude du pronostic est grande, à moins qu'il ne soit possible de disposer d'éléments d'information suffisants pour établir un diagnostic étiologique ferme.

*
* *

Un premier groupe répondra à ces faits de paralysie de l'abducteur survenant dans le cours d'otites moyennes suppurées aiguës et même chroniques, réchauffées, compliquées d'accidents intracrâniens non douteux.

La complication siège presque toujours dans l'étage postérieur et compromet le fonctionnement du tronc nerveux dans son trajet périphérique extra-bulbaire : abcès extradural, abcès cérébelleux, méningite basilaire avérée, quels que soient d'ailleurs l'origine première et le point de départ de la complication.

Dans une deuxième catégorie qu'on pourrait peut-être opposer à la précédente, il conviendrait de ranger ces faits d'otite moyenne accompagnée de paralysie de l'oculo-moteur externe, dans lesquels la paralysie apparaît absolument dégagée de toute autre manifestation concomitante. Ces observations sont rares. La guérison, naturellement, est la règle. C'est le groupe des paralysies dites d'origine réflexe.

Une troisième classe comprendra les otites moyennes aiguës avec paralysie de l'abducteur précédée de douleurs temporales, pariétales ou occipitales et parfois aussi de signes non douteux d'excitation méningée. L'*association de ces trois termes : otite moyenne aiguë, paralysie de l'abducteur et douleurs temporo-pariétales constitue à proprement parler le syn-*

drome sur lequel Gradenigo a attiré l'attention et qui porte son nom. Donc, on ne devra pas cataloguer sous le nom de syndrome de Gradenigo toute otite moyenne aiguë ou chronique dans le cours de laquelle apparaîtra une paralysie de l'abducteur.

C'est une classification toute provisoire. Elle a sans doute le mérite de ne pas être entièrement artificielle. Et cependant l'indécision est parfois inévitable. Telle paralysie de l'abducteur présentant la triade symptomatique de Gradenigo pourrait aussi bien, par certains côtés, être rapprochée du groupe des paralysies réflexes. Il s'en faut donc qu'elle ait un caractère absolu. Si on l'adopte telle qu'elle est, on arrive à circonscrire dans une certaine mesure la discussion pathogénique. Mais ne l'oublions pas, il serait désirable de disposer d'un beaucoup plus grand nombre de faits et surtout de faits anatomo pathologiques. Il serait non moins à souhaiter aussi pour que le cas présenté puisse s'étiqueter en quelque sorte de soi-même, de le faire accompagner de l'observation minutieuse des petits signes concomitants. Aussi serons-nous momentanément dans l'obligation de laisser de côté un certain nombre de relations sans détail précis, ou appartenant à une époque où la nécessité de rechercher les symptômes de second plan, ne pouvait même pas être soupçonnée.

∴

La paralysie du moteur oculaire externe par lésion intra-crânienne de l'étage postérieur ne rentre pas tout à fait dans le cadre de ce court exposé ; car elle figure, à titre accessoire ou complémentaire, dans l'ensemble symptomatique d'une complication intra-crânienne définie, de l'abcès cérébelleux, extradural, ou de la leptoméningite par exemple.

∴

Les faits du second groupe, par contre, sont assez disparates. Ils comprennent les cas de paralysies dites d'origine réflexe.

Les relations étroites qui unissent les noyaux bulbaires de l'acoustique aux noyaux des nerfs moteurs oculaires sont connues depuis longtemps. La réalité de ces connexions a reçu la triple confirmation de l'anatomie, de l'expérimentation et de la clinique.

a) L'anatomie enseigne que le nerf vestibulaire aboutit dans le bulbe (V. le classique schéma de Bonnier) à trois noyaux de substance grise : le noyau de Bechterew, le noyau interne, le noyau de Deiters.

Du noyau de Deiters, partent des fibres intercentrales qui l'unissent au noyau de la sixième paire, d'autres moins importantes vont à la troisième paire, du côté opposé. D'autres fibres, venues du noyau Dorsal interne, vont aussi au noyau de l'abducteur. Ce dernier est en relation avec la série des noyaux des autres nerfs moteurs de l'œil : moteur commun dissocié en ses éléments constituant et pathétique.

Autre connexion : Bonnier admet que des fibres des noyaux ampullaires vont à l'olive supérieure qui en émet vers le noyau de l'abducteur du même côté.

Le noyau de Deiters est relié à la racine descendante du trijumeau. Il existe des ophtalmoplégies accompagnées de douleurs dans la sphère du trijumeau.

b) L'expérimentation met en évidence les relations entre les nerfs moteurs oculaires et les racines bulbaires de l'acoustique. L'excitation des canaux demi-circulaires provoque des réflexes excitomoteurs dont le plus fréquent est le nystagmus, mouvement spasmodique d'un seul muscle oculaire, en général le droit externe. On connaît les expériences classiques de de Cyon (1876), qui détermine sur l'animal le sens des mouvements nystagmiques en rapport avec le canal demi-circulaire excité. Beaunis provoque le nystagmus en introduisant un corps étranger dans l'oreille d'un lapin. On trouvera dans les mémoires de Trombetta et Ostino, de Jansen, de Barany, plus récemment de Kubo, des détails relatifs aux conditions de production du nystagmus par des excitants divers.

c) Cliniquement le nystagmus apparaissant dans le cours d'otites moyennes suppurées sans lésion des canaux demi-circulaires n'est pas rare. En général, il est de courte durée ; il suc-

cède à une excitation, disparaît avec elle ou peu de temps après. Parfois il persiste longtemps.

Mais si les réflexes d'excitation de la musculature oculaire se montrent avec une fréquence relative, par contre, les troubles paralytiques sont bien loin d'être communs. Dans le groupe des autres nerfs moteurs oculaires, de Lapersonne (1) rapporte un cas de paralysie du grand oblique du même côté que l'otite (otite moyenne) avec surdité et vertige.

Brissaud observe une malade atteinte de vertige labyrinthique, consécutif à une otite grippale. Les accès de vertige étaient accompagnés de nystagmus vertical et de diplopie. La première attaque s'était compliquée de *ptosis.*

Chimansky (2) cite un cas de paralysie de l'abducteur dans le cours d'une otite externe.

C'est à côté de ces faits qu'il conviendrait de faire une place aux observations de paralysies de l'abducteur dans le cours d'otite moyenne *expressément rapportées* par leurs auteurs à un simple trouble réflexe.

Alt (3) rapporte dans son mémoire l'histoire d'un enfant atteint d'otite moyenne suppurée aiguë. Paracentèse. Cessation de douleurs. Puis elles reprennent dans l'oreille. Bientôt apparaissent des signes de mastoïdite. Trépanation. La paralysie de l'abducteur débute six semaines après le début de l'otite, vingt-trois jours après la trépanation, sans signes généraux ni céphalée, sans vertige. On avait noté seulement l'écoulement d'un liquide abondant et filant. Le fond de l'œil examiné était normal. Opération radicale. Celle-ci faisait découvrir une fistule du canal horizontal et un foyer ostéitique entre les canaux demi-circulaires. Déjà *au premier changement de pansement,* la paralysie s'est améliorée, neuf jours après elle était guérie.

Bonnier (4) donne la courte relation d'un cas d'otite moyenne aiguë accompagnée de paralysie de l'abducteur et de

(1) *Rev. ophtalmol.*, 1901.
(2) *Westnick Ophtalmol.*, janv., fév. 1899.
(3) *Monatsch. f. Ohrenh.*, XL ; *Jarhg.*, II Heft.
(4) *Presse médic.*, déc. 1903.

signes d'irritation du trijumeau (hypéresthésie de la face, sensation de sable dans la fosse nasale et la conjonctive du même côté). L'origine réflexe ne fait aucun doute pour cet auteur.

Beaurowicz [1] rapporte à un trouble réflexe un cas récemment observé et qui mérite d'être cité à cause, dit-il, de son apparition dans le cours d'une otite moyenne aiguë et de la guérison rapide. Une jeune fille de 16 ans est atteinte d'une otite moyenne aiguë depuis deux jours. On trouve de la rougeur du tympan gauche qui est saillant. La température s'élève à 40°. L'antre est douloureux. La paracentèse proposée est ajournée ; l'écoulement s'établit spontanément ; deux jours après, amélioration générale, la fièvre tombe et les douleurs disparaissent ; le cinquième jour de l'otite, le troisième jour de la paracentèse, apparition d'une paralysie faciale. Ecoulementencore abondant muco-purulent. Deux jours après,au milieu d'un état général parfait, apparition de diplopie. Le fond de l'œil est normal. La paralysie régresse rapidement et le quinzième jour de l'otite, il n'y avait plus ni écoulement ni paralysie de l'abducteur : celle du facial très améliorée. Trois semaines après, guérison complète.

Lannois et Ferrand [2] rapportent l'histoire d'un malade atteint d'otite moyenne suppurée gauche depuis deux mois. Après une période de violentes douleurs temporales et sus-orbitaires apparaît une paralysie de l'abducteur. La pupille est un peu plus petite du côté malade. La guérison est complète en un mois; c'est le tableau du syndrome de Gradenigo. Lannois et Ferrand discutent la pathogénie et admettent l'hypothèse d'une manifestation paralytique d'ordre réflexe.

Un autre cas de Bonnier [3] aurait presque la valeur d'un fait expérimental. L'observation est malheureusement assez sobre de détails. Un malade est opéré pour otorrhée rebelle avec surdité et bourdonnement. Au cours de l'opération, le labyrinthe fut lésé, car au réveil, il existe un vertige violent avec surdité totale et bruits subjectifs. Le malade commence à voir

(1) *Monatsch. f. Ohr.*, août 1906.
(2) Soc. franç. 1904.
(3) Soc. de Biologie.

double. On constate alors une paralysie de l'abducteur qui ne guérit qu'au bout de quatre mois. Dans le cours de la paralysie apparaît aussi un strabisme convergent de l'autre côté.

∴

Le troisième groupe de faits est le plus important; on peut y réunir les cas avec ensemble symptomatique désigné sous le nom de syndrome de Gradenigo, syndrome que son auteur rapporte au développement d'une méningite circonscrite. Il importe de bien établir encore une fois qu'il s'agit d'un syndrome morbide bien déterminé : Gradenigo y insiste au cours de sa dernière communication à la Société Italienne d'otologie (oct. 1905) et élimine complètement de la discussion tous les autres faits de paralysie de l'abducteur d'origine otique. Il ne conteste pas, d'ailleurs, qu'on peut observer l'association de paralysie d'autres nerfs crâniens, comme le facial. La méningite circonscrite, cause du syndrome, pourrait aboutir à la leptoméningite purulente généralisée.

Et c'est peut-être pour n'avoir pas tenu compte de cette distinction, que les opinions se sont un peu égarées. C'est aussi pour la même raison, sans doute, que tant d'hypothèses différentes ont été adoptées et abandonnées.

La leptoméningite circonscrite, admise par Gradenigo, n'a pas été constatée opératoirement. Il n'y a que de fortes présomptions. Dans les cas mortels, l'autopsie (Noltenius, nos deux observations) montrait, en même temps que la leptoméningite terminale, des lésions de la dure-mère qui l'ont précédée. D'un autre côté, si l'on s'attache aux détails des observations, on verra que très souvent la paralysie n'était pas pure de toute complication. Il existe, à un certain degré, une symptomatologie cérébrale atténuée, qui ne saurait passer inaperçue. En dehors de la céphalée temporo-pariétale, qui peut recevoir une autre interprétation, on trouve des modifications du pouls et de la température, du vertige, du délire, de la névrite optique ou de l'hypérémie papillaire. Je relève ce dernier signe, dans treize observations.

Mais voici une objection d'importance. La ponction lom-

baire dans les rares cas où elle fut pratiquée, s'est montrée négative. Aussi a-t-il semblé au moins étrange que la leptoméningite localisée, admise par Gradenigo, ne se manifestât pas par une formule leucocytaire (1); et si celle-ci était constatée le pronostic en resterait singulièrement assombri. Cependant, il ne paraît pas du tout impossible que, la méningite pût évoluer vers la guérison, même si le liquide de la ponction révélait une lymphocytose ou une polynucléose légère. Mais ce serait sans doute l'exception heureuse. Or, presque tous les malades ont guéri. Le foyer de leptoméningite est donc très circonscrit, assez peu développé pour rester invérifiable par la ponction. Peut-être ne s'agit-il que de méningite séreuse.

En présence de ces contradictions, on a été conduit à rechercher d'autres explications : lésions centrales localisées au noyau de l'abducteur. Comment expliquer alors l'intégrité des autres nerfs crâniens? A vrai dire, ils ne sont pas toujours épargnés. La paralysie faciale a été signalée dans quelques observations. — Névrite par infection du nerf dans le sinus caverneux, sur le flanc de la carotide interne. Une thrombophlébite, très limitée et curable du caverneux, n'est pas inadmissible. La pathologie du sinus latéral en fournit des exemples (Mongardi, Terson, Mann). Le sinus péricarotidien est une des voies préférées de l'infection qui, de la caisse, va gagner la pointe du rocher (V. les travaux d'Hilgermann sur la participation de la loge du Gasser aux infections apicales). — On a dit aussi qu'il s'agissait d'une névrite infectieuse d'un ordre général. Le strabisme par paralysie de la sixième paire n'est pas rare dans les maladies infectieuses de l'enfance. — L'origine réflexe enfin a été, une fois de plus, mise en avant, surtout à cause de la bénignité. Gradenigo objecte la longue durée de l'évolution. Högyes (2) fait remarquer que la paralysie devrait être bilatérale.

On trouvera dans les mémoires de Gradenigo, Lannois et Ferrand, Jacques, Lannois et Perretière, Terson, l'exposé détaillé et la critique de ces diverses opinions.

(1) Lannois et Perretière. — Soc. méd. des hôpit., de Lyon, 1906.
(2) *Orvosi Hetilap*, 1902, 10, 178.

Il est vraisemblable que dans les faits rapportés par Gradenigo et les similaires, il s'agit d'une paralysie organique, dont la cause doit être cherchée dans une lésion inflammatoire siégeant au voisinage de la pointe, ou dans l'étage postérieur, lésion capable d'entretenir un certain degré d'irritation méningée aseptique. Mais la leptoméningite, même très localisée, doit-elle toujours entrer en jeu? Est-elle indispensable pour expliquer l'apparition de la paralysie. Et comment la la concilier avec l'absence de formule leucocytaire dans le liquide de la ponction? On sait que celle-ci est négative dans les abcès intraduraux pendant une longue période de leur évolution, tant que la face endocrânienne de la dure-mère reste intacte. Une lésion osseuse pourrait évoluer à la pointe et guérir sans infection de la leptoméninge, protégée par la barrière dure-mérienne. Et pendant toute cette évolution, la ponction lombaire ne marquerait aucune modification du liquide rachidien. Reprenant l'idée d'Habermann, on peut considérer comme certain (les faits nécropsiques le démontrent) qu'un des premiers acheminements vers la leptoméningite circonscrite, hypothétiquement admise par Gradenigo, serait l'infection du système cellulaire de la pointe.

Le nerf moteur oculaire externe contourne cette pointe, la cerne en cravate sur un trajet de quelques millimètres, car son point de pénétration est situé plus bas que le niveau de son trajet dans le sinus caverneux. Il s'engage dans un court canal dure-mérien, dont la voûte est formée par le solide ligament pétrosphénoïdal et le plancher par la paroi osseuse elle-même. Cette paroi est quelquefois très mince, presque déhiscente si la pyramide est très pneumatique; la dure-mère et la muqueuse des cellules ne sont séparées que par une lamelle papyracée. C'est une disposition analogue à celle qu'on peut observer sur le plancher de la loge du Gasser.

La suppuration du système pneumatique de la pointe, comme complication de celle de la caisse, est démontrée par les constatations nécrosiques. Dans nos deux autopsies, la fonte des cloisons intercellulaires donnait à l'ensemble l'apparence d'une poche unique, dont une des parois était formée par la dure-mère, macroscopiquement intacte sur sa face endocrânienne.

Nos deux observations laissent hors de doute que cette cellulite succédait à un processus aigu de la caisse, que l'infection peut être rapide, se cantonner à la pointe, sans laisser de vestiges très apparents dans le trajet intermédiaire. Autrement dit, elle n'est pas toujours l'aboutissant d'une ostéite chronique gagnant de proche en proche. Comme on l'a remarqué déjà, les lésions dans l'apophyse sont quelquefois nulles ou peu développées. Le malade fait sa complication à la pointe au lieu de la faire dans l'apophyse. Cette cellulite ne mène pas d'emblée à la fonte purulente totale de la pointe, elle franchit des étapes et parfois ne dépasserait pas les premières. Les dispositions anatomiques ne sont pas toujours, en effet, des plus défavorables ; la voie de communication avec la caisse, quelle qu'elle soit d'ailleurs, restant perméable en partie. L'extension progressive du foyer purulent n'est pas alors nécessairement fatale, par analogie avec ce que nous savons des antrites et des cellulites mastoïdiennes aiguës qui guérissent sans opération ; nous ne sommes pas obligés de trépaner tous les antres, non plus que toutes les apophyses douloureuses au cours des otites moyennes aiguës.

La facilité du drainage et surtout le degré de virulence du microbe causal ou ses associations sont des facteurs importants, qui règlent la marche vers l'amélioration ou l'aggravation, plus peut-être que la paracentèse précoce et l'emploi judicieux du traitement otologique. Ces facteurs sont, en quelque sorte, hors de notre action. Il n'est pas inadmissible que les mêmes causes ne pourront pas conditionner l'évolution des cellulites pétreuses quand elles se manifestent chez un sujet malheureusement gratifié d'un système pneumatique de la pointe.

La cellulite une fois installée, on admettra bien sans forcer la comparaison avec des faits pathologiques connus, qu'un œdème inflammatoire, même léger, venant à diminuer, le calibre du canal dure-mérien par où s'engage l'abducteur, la paralysie par suivra. Torök a déjà insisté sur l'importance pathogénique probable de l'œdème de voisinage. Gradenigo lui-même n'écarte pas cette conception. Une telle paralysie disparaîtra lentement. Elle réfléchira nécessairement toutes les phases de la marche de la cellulite, et si cette

marche, tout en étant favorable, est irrégulière, elle en traduira les irrégularités. Le fait a été indiqué, bien que rapporté aux variations de l'excitation réflexe.

La compression est un mécanisme, la névrite par contiguïté en est un autre le plus fréquent sans doute. Elle aurait des conséquences identiques et serait à rapprocher des névrites qu'on observe ailleurs, dans le voisinage des foyers infectieux (par exemple, la névrite du crural dans le voisinage des foyers appendiculaires).

Dans quelques cas, la cellulite de la pointe va s'accompagner d'un processus réactionnel de défense traduit cliniquement par l'exagération de la tension du liquide céphalo-rachidien (plusieurs observations, celle récente de Lannois avec liquide clair ou contenant quelques très rares lymphocytes.) Nous pensons toutefois que la méningite séreuse ne figure qu'à titre secondaire ; elle expliquerait en partie les accidents cérébraux concomitants. Elle peut d'ailleurs aussi manquer totalement.

La cellulite pétreuse aiguë ou subaiguë, avec œdème de voisinage, donnerait une explication suffisante des signes concomitants : douleur temporo-pariétale fixe, irradiations sur les branches du trijumeau, longue durée de la paralysie, absence de formule leucocytaire, persistance d'une légère élévation thermique après l'opération mastoïdienne. Elle expliquerait aussi la variabilité du pronostic, car échappant à toute surveillance, il est impossible de prévoir ce qu'elle va devenir.

Elle peut guérir spontanément ou conduire à la leptoméningite généralisée. Dans ces cas, on trouve à l'autopsie un foyer suppuré, une véritable cavité creusée dans la pointe et limitée par la dure-mère épaissie. Ce foyer purulent pourra peut-être s'évacuer au dehors tout comme un abcès extradural, par un des trous de la base du crâne. Ce sera une heureuse fortune (explication de l'observation de Cheval). De même, au travers de la dure-mère ulcérée, perforée, le liquide céphalo-rachidien pourra s'écouler dans les cavités de l'oreille moyenne par un orifice impossible à reconnaître (explication probable de l'observation de Jacques). La même disposition anatomique

s'observe assez souvent sur les deux temporaux d'un même sujet. Si l'otite est double, il fera une double cellulite et parfois, mais pas nécessairement, une double paralysie.

La conclusion ne varie pas et tant qu'une constatation anatomique précise ne nous aura pas démontré, pièces en main, la coexistence d'une cellulite légère de la pointe avec une paralysie de l'abducteur *en voie de guérison*, la pathogénie du syndrome restera dans le domaine de l'hypothèse.

Etant donné un syndrome de Gradenigo, on devra donc s'enquérir de tous les éléments propres à lui assurer une interprétation vraisemblable ; établir dans la mesure du possible, que la paralysie ne rentre pas nettement dans le groupe des paralysies réflexes ; éliminer du diagnostic toute lésion intràcranienne, développée dans l'étage postérieur — abcès extradural, abcès cérébelleux, labyrinthite suppurée compliquée ; — éliminer la thrombo-phlébite suppurée du sinus caverneux. Le cas se présentant alors comme un syndrome de Gradenigo véritable, rechercher tous les petits signes accessoires. S'aider des résultats de la ponction lombaire et des renseignements fournis par la courbe de la température. Si la marche de l'affection tend vers l'aggravation, réserver le pronostic, et si on soupçonnait une évolution dangereuse, peut-être serait-on autorisé à tenter une opération sur les cellules de la pointe, en soulevant le lobe temporal (Gradenigo, Goris).

Nous avons réuni, sous forme de tableau, les principales observations de paralysie de l'abducteur au cours des otites, que nous avons trouvées accompagnées de détails suffisants pour figurer dans la discussion.

Ecartant complètement les paralysies par complication intracrânienne manifeste, où elles ne sont qu'un épiphénomène, nous n'avons retenu que les paralysies avec syndrome de Gradenigo et celles paraissant dépendre d'un trouble de l'innervation réflexe. Il est bien évident que ces deux classes sont sujettes à revision. Enfin, les cas suivis de mort avec constatations nécrosiques, intéressant la démonstration, sont rejetées à la fin du tableau, de même que ceux qui ont donné lieu à des observations cliniques et opératoires propres à jeter quelque clarté sur une pathogénie encore bien obscure.

Paralysies de l'abducteur paraissant se rapporter au groupe des paralysies avec ensemble symptomatique dit Syndrome de Gradenigo.

Auteurs	Ages	Coté	Histoire, diagnostic et traitement	Particularités de la paralysie	Signes concomitants	Terminaison	Observations
GRADENIGO *Arch. f. Ohr.* Bd. 62, 1904. Observ. IX.	31 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Perforation de la membrane au bout de 9 jours, spontanée, avec disparition des douleurs. Réapparition des douleurs. Paracentèse puis antrotomie. Peu de lésions à l'antre et à la pointe. Persistance des douleurs et d'une légère élévation thermique.	La paralysie de l'abducteur débute 20 jours après l'antrotomie. Après quelques jours de douleurs violentes temporales.	Aucun symptôme d'autres manifestations encéphaliques. Examen du fond de l'œil négatif.	Guérison. Dure 20 jours environ.	Rapportée à un foyer de méningite circonscrite.
GRADENIGO id. Observ. X.	44 ans.	Gauche.	Otite moyenne aiguë sans douleurs violentes et sans otorrhée. 20 jours après le début. violentes douleurs temporales Paracentèse, puis antrotromie. Quelques granulations dans l'antre. Exploration du rocher par soulèvement du lobe temporal. On ne trouve pas de lésions. Traitement antisyphilitique.	Les douleurs temporales précèdent la paralysie qui apparait 6 semaines après le début.	Aucun symptôme de manifestations nerveuses.	Guérison après 40 jours.	Rapportée à un foyer de méningite circonscrite.
GRADENIGO id. Observ. XI.	22 ans.	Gauche.	Otite moyenne aiguë. Refus de paracentèse.	Douleurs temporales violentes. Apparition subite de la paralysie de l'abducteur.	Pas de manifestations nerveuses.	Guérison sans renseignement.	Rapportée à un foyer de méningite circonscrite.

GRADENIGO id. Observ. XX.	17 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Douleurs violentes. Trépanation. Pus dans l'apophyse. Disparition des douleurs un mois après nouvelle intervention, radicale, qui ne fait rien découvrir.	On ne peut préciser exactement le début de la paralysie.	Légère parésie faciale du même côté. Névrite optique. Photophobie. Signes encéphaliques.	Guérison par disparition progressive.	Rapportée à un foyer de méningite circonscrite.
GRADENIGO id. Observ. XXIV	31 ans.	Gauche.	Otite moyenne aiguë, sans grande réaction. Au bout d'un mois augmentation des douleurs. Paracentèse. Peu de pus. 3 semaines plus tard, trépanation à cause de la persistance des douleurs. Pas de pus. Nouvelle opération négative. Survinrent des signes de leptoméningite 8 jours après cette opération.	La paralysie de l'abducens apparait 3 mois après le début de l'otite 17 jours après la trépanation Précédée de violentes douleurs temporales.	Photophobie. Le fond de l'œil est normal.	Mort par leptoméningite. La leptoméningite aurait suivi l'apparition de la paralysie.	Rapportée à un foyer de leptoméningite circonscrite.
RIMINI 67e Réunion des naturalistes allemands à Méran, 1905.	7 ans.	Double otite.	Double otite postscarlatineuse. Au bout d'une semaine, douleur dans la région pariétale gauche. Trépanation, puis douleurs frontales et à l'orbite gauche.	Paralysie de l'abducteur double. La paralysie droite disparait la première.	Hypérémie papillaire double. Photophobie Pouls arythmique. Température 38°. Ces réactions méningées durent un mois, Labyrinthe intact.	Guérison. Dure 2 mois et demi.	Serait dûe à une méningite circonscrite.
RIMINI id.	7 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Trépanation, puis nouvelle opération qui amène la découverte d'un abcès épidural dans la fosse crânienne postérieure.	Début de la paralysie 3 semaines après l'opération mastoïdienne. Précédée de violentes douleurs temporales.	Fond de l'œil normal	Guérison ; disparait en 4 mois.	Serait dûe à une méningite circonscrite.

Auteurs	Ages	Coté	Histoire, diagnostic et traitement	Particularités de la paralysie	Signes concomitants	Terminaison	Observations
Pick 67e Réunion des naturalistes allemands, 1905.	5 ans.		Otite moyenne aiguë. Perforation spontanée de la membrane. Il persiste encore de l'écoulement au bout de 3 mois.	Céphalée intense. La paralysie suit les variations de l'otite.	Hypérémie papillaire.	Guérison au bout de 3 mois.	
Rimini 67e réunion des naturalistes allemands, 1905.	35 ans.	Droite.	Otite moyenne suppurée droite, qui disparait en 5 semaines. Perforation de la membrane spontanée. Les épreuves labyrinthiques sont négatives.	Céphalée précédant la paralysie.	Fond de l'œil normal.	Guérison par disparition progressive.	Cité par Gradenigo. Rapportée à un foyer de méningite circonscrite.
Mongardi In Mémoire de Gradenigo. Congrès de Bordeaux, 1904.	62 ans.	Droite.	Début par douleurs dans l'oreille, sans écoulement. 5 semaines plus tard, céphalée, fièvre, vertige, un peu de délire. Rougeur et tuméfaction du segment de Schrapnell. Saillie de la paroi supérieure du conduit.	Apparition de la diplopie 5 semaines après le début. Précédée de douleurs fronto-pariétales.	Légère parésie faciale, vertige.	Guérison.	Cité par Gradenigo. Rapportée à de la méningite circonscrite.
Ricci In Mémoire de Gradenigo Congrès de Bordeaux, 1904.	43 ans.	Gauche.	Surdité. Douleurs auriculaires violentes. Douleurs dans toute la moitié de la tête et rétro-auriculaires. Membrane épaissie. Pas de perforation. Labyrinthe intact Weber à gauche. Pas de température.	La paralysie apparait deux mois et demi après le début, précédée de douleurs violentes.	Fond de l'œil normal.	Guérison. Dure 5 mois et demi.	Cité par Gradenigo Rapportée à de la méningite circonscrite.
Habermann Réunion de la Société allemande d'Otologie, Iéna, 1898.	6 ans.	Gauche.	Otite moyenne aiguë. Perforation de la membrane. Incision de Wild. Le stylet pénètre dans l'antre. Douleurs violentes. Trépanation. 2e opération : découverte de la dure-mère, granulations entre les canaux demi-circulaires.	La paralysie de l'abducteur apparait après l'incision de Wild. Céphalée violente.	Névrite optique.	Guérison au bout de 2 mois et demi.	L'auteur pense que l'infection s'est propagée à la pointe par les cellules situées au-dessus et au-dessous du labyrinthe. Il existerait une méningite localisée.

Terson (Toulouse) *Annales des maladies de l'oreille*, juillet 1906.	12 ans.	Droite.	2 otites moyennes aiguës. Dans le cours de la première paralysie faciale guérie ; dans le cours de la 2e paralysie de l'abducteur, après cicatrisation de la membrane.	Paralysie de l'abducteur. Douleurs temporales non signalées.	Fond de l'œil normal.	Guérison en 3 mois	Admet une infection propagée par le canal carotidien et atteignant le nerf dans le sinus caverneux (petit thrombus, névrite).
Terson (Paris). id.	7 ans.	Gauche.	Otite moyenne aiguë, datant de 3 semaines, membrane perforée : l'otite dure 2 mois. Pas de signes mastoïdiens.	Paralysie de l'abducteur 15 jours après le début de l'otite.	Fond de l'œil normal.	Guérison en 2 mois, avec l'otite.	Même opinion.
Körner *Otitisch Erkrank.*, 1905.	12 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Vomissements. Tuméfaction rétro-auriculaire. Trépanation. Mise à nu du sinus, qui est recouvert de granulations.	Début de la paralysie un mois après celui de l'otite.	Hypérémie du nerf optique des 2 côtés.	Guérison en 6 semaines environ.	Körner l'attribue à de la méningite séreuse.
Jurgensmeyer Réunion de la Société allemande d'Otologie, 1898.			Otite et mastoïdite (?) Pas d'opération.	Paralysie de l'abducteur du même côté.	Névrite optique des 2 côtés. Forte céphalée. Douleurs occipitales.	Guérison au bout de 4 semaines.	Considérée comme un cas de méningite séreuse guérie.
Toröck *Arch. f. Ohr.* Bd. LVII.	26 ans.		Otite moyenne aiguë. Au bout de 8 jours, perforation. Ecoulement très abondant. Pas d'opération.	La paralysie de l'abducteur est précédée de vives douleurs temporales.	Rien au fond de l'œil, vertiges et vomissements à signaler.	Gérison lente.	
Spira *Arch. f. Ohr.* Bd. XLI, 1896	73 ans.	Gauche.	Otite moyenne aiguë qui guérit. Céphalée. Abcès sous-périosté mastoïdien qui se fistulise. Par la fistule, on arrive dans la fosse cranienne postérieure.	La paralysie est précédée de violentes douleurs temporo-pariétales.		Guérison.	Spira pense à une névrite non dépendante de l'otite, mais grippale.

Auteurs	Ages	Coté	Histoire, diagnostic et traitement	Particularités de la paralysie	Signes concomitants	Terminaison	Observations
PISCHEL *Zeitsch. f. Ohrenh. Bd. XL, 1902.*	34 ans.	Droite.	Otite aiguë. 4 mois plus tard, nouvelles douleurs et fièvre. Paracentèse. 7e jour, réaction mastoïdiennne. Trépanation. Ouverture de la fosse cérébrale moyenne. Deuxième opération sans résultat, on explore la dure-mère de la pointe du rocher.	9 jours après le début paralysie de l'abducteur.	Hypérémie de la papille. Persistance de la fièvre après la première opération.	Guérison.	
D'AJUTOLO *Arch. Ital. d'Otologie, XIV, p. 210*	26 ans.		Otite aiguë avec mastoïdite. Trépanation. On ne trouve rien pour expliquer la paralysie observée.	Paralysie de l'abducteur.		Guérison très lente.	
MANN *In Mém. de Alt. Monatsch. f. Ohr. Avril, 1906*	8 ans.	Droite.	Otite moyenne datant de 6 semaines. Mastoïde très douloureuse. Opération radicale. On trouve un abcès périsinusien.	Paralysie de l'abducteur.	Papillite double.	Guérison rapide 3 jours après l'opération.	Attribuée par Alt à une méningite séreuse.
CITELLI In Mémoire de Gradenigo Congrès de Bordeaux 1904	22 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Perforation spontanée 5 jours après le début de l'otite. Un mois après le début, douleurs très violentes. Abondante suppuration. Un peu de douleur antrale. Pas d'opération.	Apparition de la paralysie un mois et demi après le début de l'otite après exacerbation des douleurs.	Un peu d'hypérémie papillaire.	Guérison en une semaine avant l'otite.	

GERVAIS *Thèse de Paris, 1879. Observ. IV.*	25 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Perforation spontanée au 4e jour. 3 mois après, mastoïdite extériorisée. Incision de Wild.	Paralysie de l'abducteur droit avec violentes douleurs temporales et occipitales.		Guérison rapide en quelques jours après l'incision de Wild (?) mais la malade meurt chez elle 2 mois plus tard sans cause connue.	
TOMMASI *Discussion à la Soc. Ital. d'Otol. Octob. 1905.*				Cite deux observations : la première chez une femme atteinte d'otite moyenne aiguë suppurée, la deuxième chez un enfant de 10 ans atteint d'otite aigue bilatérale sans perforation de la membrane. Dans les deux cas la paralysie est précédée de fortes douleurs.	Examen négatif du fond de l'œil.	Guérison en 15 jours.	Admet l'origine névritique (névrite toxique).
TRIFILETTI *Arch. ital. d'Otol. Août 1905.*			Otite moyenne aiguë, avec rétention mastoïdienne. Douleurs intenses. Pas d'opération.	Paralysie de l'abducteur précédée de douleurs étendues à toute la moitié de la tête.		Guérison.	
LANNOIS et PERRETIÈRE *Soc. Médicale des hôpitaux de Lyon. 13 Fév. 1906.*	18 ans.	Droite.	Otite moyenne datant de l'enfance. Otorrhée à rechute et polypes de la caisse, mastoïdite aiguë, datant de 4 jours. Céphalée violente. Température 38°. Signes de rétention. Evidement. Abcès périsinusal. Sédation des phénomènes généraux.	La paralysie apparaît 24 heures après l'apparition de la mastoïdite.	Coexistence de paralysie faciale. Ponction lombaire, donne un liquide clair sous pression et avec très rares lymphocytes.	Guérison très lente. Amélioration de la paralysie de l'abducteur au bout de 2 mois. La paralysie faciale persiste encore.	Admettent l'existence d'une névrite infectieuse.

Auteurs	Ages	Coté	Histoire, diagnostic et traitement	Particularités de la paralysie	Signes concomitants	Terminaison	Observations
STYX *Zeitsch. f. Ohrenh. 1889*			Otite moyenne aiguë.	Paralysie de l'abducteur.	Névrite optique du même côté.	Pas de détail sur l'issue.	L'auteur admet l'existence d'une méningite basilaire propagée par le canal carotidien.
BŒRN BETTMANN *Journal of the American associat. Janv. 1887*			Otite moyenne aiguë.	Paralysie de l'abducteur.		Guérison.	
KELLER *Monatsch. f. Ohr. XXI, 1888*	7 ans.		Réchauffement d'une otite chronique. Fièvre et manifestations articulaires.	Paralysie de l'abducteur 6 semaines après le début.	Névrite optique.	Guérison.	L'auteur pense qu'il s'agirait d'une méningite localisée.
LOMBARD. (inédite)	38 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Erysipèle de la face. Mastoïdite. Douleurs violentes pariétales à caractère névralgiforme. Trépanation. La caisse continue à suppurer pendant longtemps.	Apparition de la paralysie après la trépanation, précédée de violentes douleurs pariétales.	Examen ophtalmoscopique négatif. Dilatation de la pupille du côté opposé.	Guérison en 2 mois	

LOMBARD. *(id.)*	8 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë suppurée et mastoïdite. Température élevée. Vomissements.	Apparition de la paralysie 10 jours après le début de l'otite. On ne sait si elle fut précédée de douleurs localisées Le malade se plaint de douleur fronto-pariétale droite.	Examen ophtalmoscopique négatif. Ponction lombaire négative. Pas d'hypertension pas de formule leucocytaire.	Guérison très lente. Encore en observation (septembre 1906).	
LUBET BARBON *Soc. Franç. 1904*			A propos de la discussion de la communication de Lannois, cite deux observations d'otite moyenne aiguë avec paralysie de l'abducteur, terminées par la guérison.			Guérison.	
Paralysie du moteur oculaire externe, probablement d'origine réflexe.							
BONNIER *Presse méd. 16 déc. 1903.*		Droite.	Otite moyenne aiguë.	La paralysie apparait accompagnée de signes d'irritation du trijumeau, hyperesthésie faciale, sensation de sable dans la conjonctive et dans la fosse nasale.			Admet l'origine réflexe.
LANNOIS et FERRAND *Soc. Franç. de Laryngol. 1904.*	33 ans.	Gauche.	Otite moyenne suppurée. Début remontant à deux mois. Douleurs violentes au début. Apophyse peu douloureuse.	Paralysie de l'abducteur précédée et accompagnée de douleurs temporales et de douleurs sus-orbitaires.	Pupille un peu plus petite du côté malade.	Guérison au bout d'un mois environ.	Admet l'origine réflexe.

Auteurs	Ages	Coté	Histoire, diagnostic et traitement	Particularités de la paralysie	Signes concomitants	Terminaison	Observations
BAUROWITZ *Monatsch. f. Ohrenh. Août 1906*	16 ans.		Otite moyenne, datant de 3 jours Perforation spontanée. Douleur antrale. Pas d'opération.	Paralysie de l'abducteur 4 jours après le début de l'otite, non précédée de douleurs temporo pariétales.	Paralysie faciale concomitante et ayant précédé le développement de la paralysie oculaire.	Guérison des deux paralysies en deux semaines environ. La paralysie de l'abducteur disparaît la première.	Admet l'origine réflexe.
ALT *Monatsch. f. Ohrenh. 9 Avril 1906.*	8 ans.	Gauche.	Otite moyenne aiguë. Paracentèse. Cessation des douleurs. Celles-ci reprennent dans l'oreille et dans la région frontale. Tuméfaction douloureuse de l'apophyse. Evidement après trépanation. Ecoulement abondant de liquide filant. On trouve une fistule du canal horizontal.	La paralysie débute soudainement 3 semaines après la trépanation, 6 semaines après le début de l'otite sans céphalée.	Examen négatif du fond de l'œil.	Guérison rapide 9 jours après l'opération radicale. Déjà améliorée au premier pansement.	Admet l'origine réflexe.
BONNIER *Soc. de Biologie*		Gauche.	Otorrhée rebelle avec surdité et bourdonnements. Radicale : au réveil, surdité complète, vertige et bourdonnements. Dans le cours de l'affection se montrait aussi de la contracture du droit interne, du côté opposé.	Début de la paralysie après l'opération radicale.		Guérison lente en 4 mois.	Admet l'origine réflexe.
GERVAIS *Thèse de Paris, 1879 Observ. III.*	38 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Paracentèse. 6 semaines après mastoïdite extériorisée, et strabisme interne. Trépanation.	Strabisme interne rapporté à une paralysie de l'abducteur (?) myosis.		Guérison complète immédiatement après l'opération.	Le malade, dit l'observation voit les objets danser devant lui. Il semble donc qu'il existe du nystagmus.

GRADENIGO Congrès de Bordeaux, 1904 Observ. XXII.	**40 ans.**	Gauche.	Otite moyenne suppurée gauche, depuis 3 ans. Opération de nature indéterminée après laquelle survinrent vertiges et bourdonnements, avec paralysie faciale et de l'abducteur. Pendant 8 mois, douleurs à caractère névralgiforme sur les rameaux du trijumeau, en particulier à l'écaille temporale. Radicale. On trouve du cholestéatome dans la caisse et l'antre. Exploration de la duremère et du cerveau négative.	**Paralysie faciale et de l'abducteur aussitôt après une opération : probablement curettage pratiqué dans la caisse.**		**Guérison très lente après la deuxième opération La paralysie aurait duré plus d'une année.**	**D'après Gradenigo sortirait un peu du cadre du syndrome (il s'agit d'otite chronique) mais attribuable à une lésion circonscrite de la pieméninge ; à remarquer le début brusque après le traumatisme opératoire.**
GRADENIGO id.	31 ans.	**Gauche.**	Otite moyenne aiguë g., datant de 1 mois. Violentes douleurs dans l'oreille et à la tempe. Perforation de la membrane, mais signes de rétention. Douleurs, diplopie et nystagmus, antrotomie. Fièvre persistante, puis amélioration graduelle des douleurs et des symptômes.	**Paralysie de l'abducteur, un mois après le début de l'otite accompagnée d'un nystagmus léger.**	**Fond de l'œil normal. Ponction lombaire négative, agitation douleurs musculaires.**	**Guérison très lente : 4 mois.**	**La malade signale qu'une diplopie passagère survient au moment de ses époques, ses règles apparaissent au moment où se montre la diplopie.**
URBANTSCHITSCH *Wien. Klin Wochensch Janv. 1896*	**6 ans**		Otite moyenne chronique, datant de 2 ans. Réchauffée.	**Paralysie de l'abducteur, datant de 2 ans apparue au cours de la première atteinte, augmente ou diminue suivant les modifications de l'otite.**		**Amélioration avec la guérison de l'otite.**	**Il considère cette paralysie comme d'origine réflexe (?)**

Cas de paralysie de l'abducteur suivis de mort. Dans quelques-uns. constatations nécropsiques.

Auteurs	Ages	Coté	Histoire, diagnostic et traitement	Particularités de la paralysie	Signes concomitants	Terminaison	Observations
KATZ *Réunion de la Société allemande d'Otologie. Iéna, 1898.*	32 ans.		Otite moyenne aiguë. Antrotomie. Au bout de 6 à 8 semaines violentes douleurs dans l'oreille puis surdité et paralysie de l'abducteur.	Paralysie de l'abducteur 8 semaines après le début.		Mort. Autopsie. Il s'agit d'une labyrinthite suppurée.	
JACQUES *Soc. Française de laryngol. 1906.*			20 jours après le début d'une otite aiguë. Douleurs violentes dans l'oreille et le sillon maxillo-mastoïdien. Trépanation large. Ecoulement de liquide clair en abondance.	Paralysie de l'abducteur un mois après le début.	Syndrome méningitique.	Mort. Pas d'autopsie.	
NOLTENIUS *Rev. hebdom. de laryngol. 1906.*	23 ans.	Droite.	Otite moyenne aiguë. Perforation de la membrane. T. 38°,3 puis apyrexie. Deux semaines après l'entrée à l'hôpital, vertiges, signes mastoïdiens. Trépanation. 4 mois plus tard nouvelle opération à cause de vertige et céphalée. Douleurs temporales et lombaires. Evidement.	Paralysie de l'abducteur 4 mois après le début.	Ponction lombaire blanche.	Mort. Autopsie. Adhérence de la dure-mère à la pointe du rocher Cellulite de la pointe : même lésion de l'autre côté (le malade avait souffert des deux oreilles au début, mais l'oreille gauche était guérie). Lésions de méningite terminale.	Propagation par cellules péritubaires.

LOMBARD. (inédite)	30 ans	Droite.	Otite moyenne aiguë, datant de 15 jours. Douleurs violentes sur le trajet de l'auriculo temporal et aux points classiques de Valleix. Antre un peu douloureux. Paracentèse. Trépanation. Apparition de la paralysie. Puis thrombose du sinus caverneux et méningite.	Paralysie de l'abducteur apparue 3 semaines après le début de l'otite.	Hypérémie papillaire.	Mort. Autopsie. Cellulite de la pointe du rocher et de la face postérieure en communication avec l'aditus. Thrombo-phlébite suppurée du sinus caverneux. Leptoméningite purulente. Pas de lésions apophysaires.	Propagation par cellules du bord supérieur du rocher. Cellules de pointe d'apparence pneumatique de l'autre côté.
LOMBARD. et BALDENWEEK (inédite)		Gauche.	Otite moyenne aiguë datant de 1 mois. Perforation spontanée insuffisante. Violente céphalée. Mort subite avec convulsions cloniques et coma.	Début de la paralysie de l'abducteur 20 jours environ après le début de l'otite. Douleurs temporo-pariétales.		Mort. Autopsie. Leptoméningite purulente. Dure mère d'apparence normale à la pointe du rocher. Épaissie autour du conduit auditif interne. Cellulite pétreuse ayant détruit toute la pointe du rocher. Pas de lésions dans l'apophyse.	Propagation par cellules ou canal du bord supérieur du rocher. Disposition anatomique analogue du côté opposé.

Auteurs	Ages	Coté	Histoire, diagnostic et traitement	Particularités de la paralysie	Signes concomitants	Terminaison	Observations
CHEVAL *Soc. Française de laryngol. 1904.*			Otite moyenne aiguë, datant de 6 semaines. Douleurs occipitales. Température 38°. Opération refusée. Apparition quelques temps après d'un abcès dans la fossette de Rosenmüller.	Paralysie de l'abducteur 6 semaines après le début de l'otite.		Guérison apparente. On ignore la terminaison.	
GORIS *Association Française de chirurgie. Oct. 1902.*	24 ans.		Otite moyenne suppurée chronique, céphalée entre les yeux et sur le sommet de la tête. Opération radicale, puis exploration de la pointe du rocher. On extrait un petit fragment osseux.	Apparition de la paralysie un mois après le début des douleurs.		Guérison 6 jours après l'opération.	L'auteur admet qu'il s'agit d'une paralysie par compression due à un petit séquestre de la pointe.

II

PATHOGÉNIE DE L'EMPYÈME MAXILLAIRE

(2e communication) (1)

Par **Georges MAHU**

J'ai publié, dans un précédent travail (2), les résultats de recherches personnelles effectuées sur les sinus maxillaires de cinquante cadavres et attiré l'attention sur les différents points suivants :

1° Mécanismes de formation de l'empyème maxillaire (en particulier d'origine dentaire) ;

2° Distinction entre la sinusite chronique vraie ou *pyosinusite* et l'empyème maxillaire ou *pyosinus* ;

3° Tolérance de la muqueuse sinusale et, bien plus, résistance de cette muqueuse à se laisser entamer par un pus étranger ;

5° Par suite, transformation lente et non fatale du pyosinus en pyosinusite maxillaires.

On se souviendra rapidement du mécanisme de formation de l'empyème maxillaire d'origine dentaire, tel que je l'avais indiqué dans ma première communication par la simple inspection des quatre figures ci-dessous.

J'ai continué mes recherches dans le courant de cette année et ma statistique porte actuellement sur cent sujets, pris au

(1) Communication à la Société Française d'Otologie, etc. (mai 1906).

(2) G. Mahu. — *Pathogénie de l'empyème maxillaire*. Communication à la Société française d'Otologie, etc. (mai 1905) et *in Annales des Mal. de l'Or., etc.* (août 1905).

hasard de l'autopsie (soit deux cents sinus maxillaires) sur lesquels j'ai relevé dix-huit accidents, savoir :

5 sinusites maxillaires chroniques d'origine nasale ;
1 — — — — dentaire ;
8 empyèmes maxillaires d'origine dentaire ;
1 — — — fronto-ethmoïdale ;
1 — — — atrophique.
2 parulies (1) sinusales.

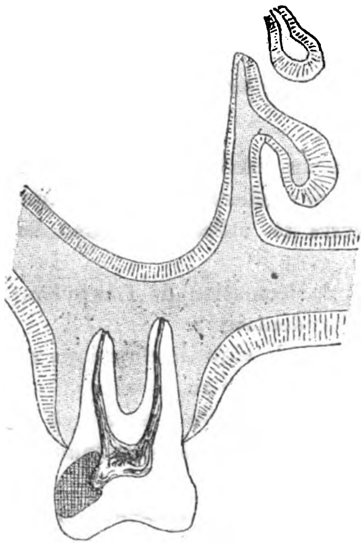


Fig. 1
1er Stade. — Carie du 4e degré.

Comme précédemment, des précautions minutieuses ont été prises pour établir l'origine de l'infection et je dois dire que,

(1) *Parulie* (de παρα' auprès, et οὖλον gencive). Abcès de la gencive dû le plus souvent à une ostéo-périostite alvéolaire et dans laquelle le pus soulève le tissu gingival sans qu'il y ait nécessairement perforation.
Par analogie, nous disons qu'il y a *parulie sinusale* lorsque le pus, s'étant fait jour à travers le plancher de l'angle maxillaire a pénétré dans cette cavité mais sans perforation de la muqueuse qui est décollée et soulevée par ce pus (*fig.* 3).

contrairement à ce qui se passe sur le vivant, à cause de l'hémorragie, il est ordinairement facile, en procédant méthodiquement, de faire le diagnostic *post mortem*.

Il est d'abord des remarques simples qui permettent d'acquérir une forte présomption sur :

1° L'origine dentaire des lésions, s'il existe une solution de continuité au toit de l'alvéole;

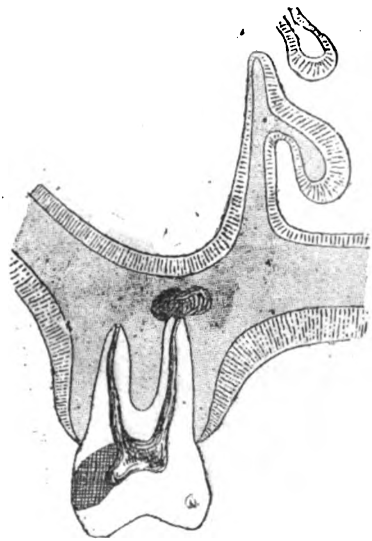


FIG. 2

2e Stade. — Abcès apical.

2° L'origine non dentaire si, du côté malade, toutes les dents sont intactes ou si, toutes ces dents étant absentes, le rebord alvéolaire rétracté est depuis longtemps recouvert d'un tissu gingival cicatriciel;

3° L'origine nasale si, l'une des conditions précédentes étant remplie, on trouve une continuité entre les lésions du nez et les lésions de l'antre.

Dans les cas intermédiaires, le doute est levé par l'examen de la muqueuse, du plancher, des parois osseuses sinusales et alvéolaires, dont on fait des coupes et, suivant les besoins, par l'examen microscopique.

Dans les 5 cas de sinusites maxillaires chroniques d'origine nasale, les fongosités plus ou moins abondantes tapissaient soit la totalité des parois de la cavité dont la capacité se trouvait ainsi réduite, soit différents points, mais surtout les régions de l'ostium et du plancher, où se trouvaient toujours les masses les plus épaisses. Ces deux parties étaient reliées entre elles par des îlots de fongosités implantés sur différents points de la muqueuse infiltrée et en particulier dans les angles de la cavité highmorienne.

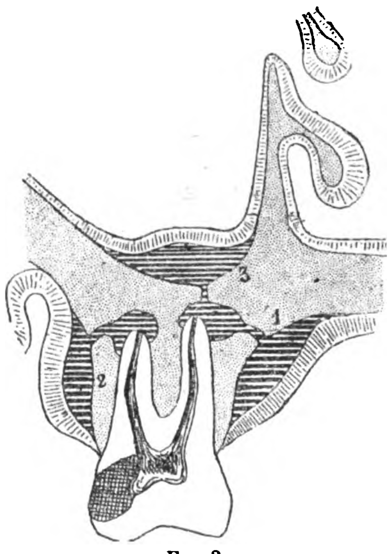


Fig. 3

3e Stade. — Parulie fermée.

1. Parulie palatine ; — 2. Parulie gingivale ; — 3. Parulie sinusale.

Le doute n'était pas permis sur l'origine du seul cas découvert de pyosinusite dentaire, le toit de l'alvéole de la deuxième prémolaire absente étant complètement nécrosé et les fongosités partant des parois du puits alvéolaire se continuant sur toute l'étendue du plancher sinusal.

L'empyème rencontré chez un ozéneux était unilatéral. Détail intéressant : les dents du côté malade étaient au complet

et intactes. L'origine de ce pyosinus était également certaine, une atrophie considérable des cornets existant des deux côtés. La muqueuse sinusale ne présentait pas de solution de continuité ; mais elle était fortement épaissie et adhérente aux parois osseuses. L'examen microscopique fait par Paul Laurens, fournit les renseignements suivants : Infiltration considérable. — Néoformation inflammatoire. — Du côté adhérent à l'os, infiltration des mailles conjonctives par de nombreuses cellules. — Du côté libre, pas trace d'épithélium.

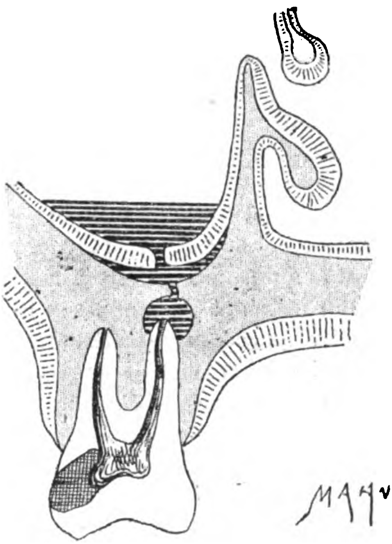


Fig. 4.

4e Stade. — Parulie ouverte ou empyème maxillaire.

Dans le cas d'empyème d'origine fronto-ethmoïdale, il existait une sinusite frontale fongueuse et tout l'ethmoïde était infecté du côté malade, la traînée de fongosités se continuant nettement dans l'infundibulum et expliquant la pénétration du pus dans l'antre. La muqueuse sinusale était macroscopiquement intacte.

Parmi les autres cas, on note huit empyèmes maxillaires d'origine dentaire dans lesquels un pus plus ou moins abon-

dant, provenant nettement des dents, baignait les parois sinusales, non intéressées sauf en un point, celui par lequel avait pénétré le pus provenant de la lésion dentaire.

Cet orifice était peu ou point bordé de fongosités et la muqueuse était seulement épaissie en collerette sur son pourtour.

Dans l'un de ces cas d'empyème, ce n'était pas par le toit de l'alvéole que s'était produite l'effraction dans l'autre mais sur la paroi externe, probablement à la suite de l'avulsion d'une dent. Il existait en ce point un séquestre ; tout le pourtour de l'orifice était bordé de fongosités dont on ne trouvait pas trace à l'intérieur de la cavité.

Chez un autre sujet, l'empyème s'était formé à la suite de l'ouverture d'un kyste radiculaire suppuré dans l'antre d'Highmore.

Les deux cas de parulie étaient particulièrement intéressants en ce qu'ils expliquaient la marche de l'infection à un stade antérieur à la constitution de l'empyème. Le pus provenant d'un abcès apical avait enfoncé le toit alvéolaire et pénétré dans le sinus en soulevant la muqueuse épaissie sans la perforer.

Notons enfin pour mémoire de nombreux cas d'abcès et de kystes dentaires relevés au cours des différentes manipulations.

Nous basant ainsi sur une statistique assez importante et sérieusement établie, nous pensons être en mesure d'affirmer avec plus d'autorité les faits avancés précédemment.

Hâtons-nous de dire, en outre, que nos conclusions, quelque peu élargies, n'ont pas subi de sensibles modifications dans leur ensemble : nous allons essayer d'en fournir les raisons en discutant les propositions suivantes dont la plupart ont déjà été fréquemment énoncées par Lermoyez [1] et par nous.

I. — Différenciation entre l'empyème et la sinusite chronique

Il existe deux modalités de suppuration de l'antre maxillaire : la première, sinusite chronique ou pyosinusite, dans laquelle

(1) Lermoyez. — « Indications et résultat du traitement des sinusites maxillaires et frontales » (*Annales des mal. d'or.* etc. nov. 1902).

le pus est secrété par la muqueuse antrale elle-même, la seconde, empyème ou pyosinus, dans laquelle la cavité sinusale ne fait que collecter un pus étranger provenant d'autres points plus ou moins éloignés : dent, nez, sinus frontal, ethmoïde, etc... et dans laquelle la muqueuse reste intacte ou à peu près.

Ces deux effets peuvent avoir les mêmes causes originelles : c'est ainsi que nous avons rencontré des empyèmes d'origine nasale ou naso-frontale et d'autres d'origine dentaire.

Que comme Sebileau [1] on refuse d'accepter une classification de ces types en deux catégories, les considérant comme stades limites d'une même affection, ou que, comme Furet [2], on ne veuille pas s'en préoccuper, il n'en est pas moins vrai que :

1° Ces deux formes existent cliniquement ;

2° Qu'il est d'importance capitale de les différencier.

Elles existent, parce que nous les avons rencontrées, non seulement dans nos examens nécropsiques, mais encore sur le vivant — à notre grande confusion ; — et, il n'est peut-être pas un seul chirurgien, ayant trépané des sinus maxillaires, qui ne se soit trouvé en présence de pus contenu dans une cavité tapissée d'une muqueuse intacte et obligé, par suite, de s'avouer qu'il avait fait une intervention inutile : c'est assez dire l'importance de la différenciation.

Il est donc indispensable, à notre avis, de s'entourer *a priori* de tous les renseignements possibles dont l'ensemble permettra, dans la plupart des cas, de poser ferme le diagnostic de pyosinus ou de pyosinusite et de conseiller ou non au malade une cure radicale.

Cela nous paraît moins cruel que d'y aller voir d'emblée et plus élégant que de laver indéfiniment un sinus à tâtons à la fois en guise de traitement et de moyen de diagnostic.

Nous considérons d'ailleurs ces lavages prolongés comme

(1) P. Sebileau. — « L'opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui » (*Ann. des mal. de l'or.*, etc., n° 12, décemb. 1905).

(2) F. Furet. — « Quelques considérations sur le traitement de la sinusite maxillaire » (*Rev. hebdom. de larynx*, etc., n° 15, 14 avril 1906.)

parfaitement inutiles. En effet, de deux choses l'une, ou bien il s'agit d'une sinusite maxillaire chronique vraie et tous les lavages possibles ne détruiront guère les fongosités, ou bien il s'agira d'un empyème dans lequel un lavage ou deux suffiront pour débarrasser définitivement du pus la cavité, pourvu qu'on ait découvert et préalablement détruit la cause de la suppuration.

Nous avons lavé nous-même et publié autrefois un cas dans lequel la guérison était arrivée au bout du cinquante-quatrième lavage. Cette guérison serait apparue certainement beaucoup plus tôt si nous avions supprimé auparavant le séquestre alvéolaire que nous n'avons découvert qu'à ce moment-là.

Il n'existe pas de signe qui à lui seul permette de faire mathématiquement le diagnostic entre ces deux affections. Notre *signe de capacité* (1) lui-même — malgré tout le mal qu'on en a dit au début — n'en est pas capable.

Mais en prenant à chacun de ces signes ce qu'il a de bon — et nous espérons qu'on voudra bien découvrir au nôtre quelques qualités si l'on consulte la thèse de Guérin (2) ainsi que les résultats acquis durant ces dernières années par l'emploi de ce signe dans le service de M. Lermoyez — on peut arriver à réunir un faisceau de renseignements suffisants pour établir dans le plus grand nombre des cas, la différenciation entre pyosinus et pyosinusite maxillaires.

II. — Transformation du pyosinus en pyosinusite

L'empyème peut se transformer en sinusite. — Personne ne le conteste.

Nous avons vérifié le fait sur le vivant ; nous en avons trouvé la confirmation dans nos recherches nécropsiques, puisque nous avons relevé une sinusite maxillaire fongueuse d'ori-

(1) G. Mahu. — « Un signe diagnostique de la sinusite maxillaire chronique vraie » (*Ann. des mal. de l'or.*, etc., février 1903).

(2) E. Guérin. — *L'empyème vrai du sinus maxillaire* (Thèse de Paris 1903).

gine dentaire dans laquelle le plancher et les angles seuls étaient couverts de fongosités.

Mais si le pyosinus peut devenir pyosinusite, cette transformation ne se fait pas brusquement et l'affection prend, on le conçoit, une série de formes intermédiaires dans lesquelles l'infection, primitivement localisée en un endroit, s'étendra progressivement à la muqueuse qui se couvrira en divers points d'îlots fongueux devenant peu à peu confluants.

Il sera plus difficile, je l'avoue, au moyen des signes dont nous disposons, de faire le diagnostic de ces formes intermédiaires, quoique en général, dans ces cas, l'ensemble des signes se prononcera en faveur de l'intervention : le sinus sera sombre à la transillumination ; la capacité sera plus ou moins réduite... etc.

Si cette transformation de pyosinus en pyosinusite est possible, nos recherches nécropsiques et cliniques nous ont permis de constater qu'elle n'était point fatale.

En tout cas *elle est extrêmement lente* et deux ordres de faits suffisent à le prouver : nous avons rencontré des empyèmes de diverses origines datant de nombreuses années et dans lesquels la muqueuse sinusale non fongueuse était indemne de suppuration. Nous avons trouvé sur le cadavre des lésions anciennes limitées en un point, sécrétant un pus remplissant l'antre dont la muqueuse était demeurée intacte.

Non seulement l'empyème d'origine dentaire peut se former par le mécanisme que nous avons précédemment décrit et devenir ultérieurement pyosinusite (voir *fig.* 5) mais, comme le fait remarquer Moure (¹) dans un travail récent et comme nous l'avons nous-même constaté sur une pièce dont il va être parlé plus loin, l'empyème peut aussi se former à la suite du développement à l'extrémité apexienne des dents de kystes radiculaires.

« Au début », comme le dit Moure « la paroi du kyste soulève au-dessus d'elle la muqueuse de la cavité highmorienne

(¹) MOURE. *Des formes cliniques des sinusites maxillaires.* Rapport présenté au Congrès de Lisbonne (avril 1906). *Rev. hebdom. de laryngol., etc.*, n° 18 (5 mai 1906).

qui la coiffe à la manière d'un gant, puis, peu à peu, la tumeur augmente de volume, se développe et pénètre dans l'intérieur de l'antre dont elle finit même par mouler et dépasser les contours (*fig.* 6). »

Ce mécanisme est, comme on le voit, analogue à celui de l'empyème succédant à la parulie ; mais, dans un cas, c'est une poche d'abcès (avec pus et fongosité) qui se forme à l'extrémité de la racine, tandis que dans l'autre c'est une poche

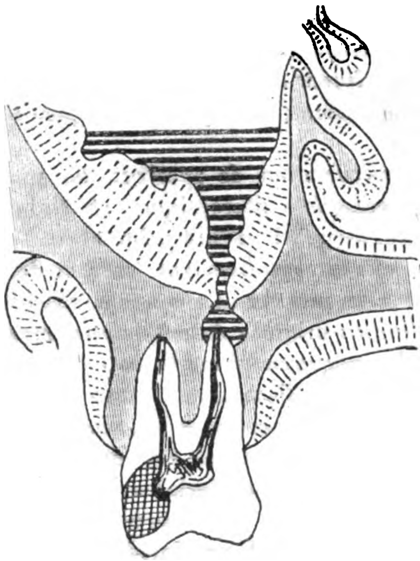


Fig 5

5° *Stade.* — Pyosinusite

plus résistante et renfermant du liquide kystique qui ne devient général purulent qu'après la rupture de la poche.

Cette poche peut acquérir dans certains cas des proportions considérables et, comme il n'est pas rare de le voir, enfoncer et déformer les diverses parois sinusales, faire saillie du côté de la voûte palatine, de la joue, etc.

Mais elle peut également se rompre de bonne heure et produire ainsi un pyosinus comme dans le cas précité, dont la

pièce correspondante a été examinée par M. Paul Laurens, assistant adjoint du service oto-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine.

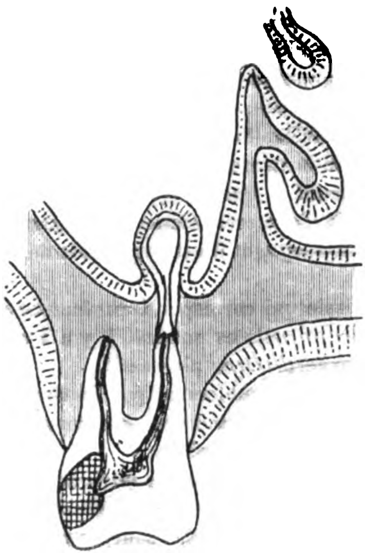


Fig. 6
Kyste radiculaire.

PIÈCE N° 3

Macroscopiquement : Au niveau de la prémolaire supérieure droite :

1° Du côté buccal : le rebord alvéolaire est lisse, il n'y a pas trace d'alvéoles. La gencive épaissie et fibreuse les a recouvertes et comblées.

2° Du côté du sinus maxillaire : on constate une cavité osseuse du volume d'une noisette, placée en contre-bas et communiquant à son point le plus déclive avec l'orifice représentant l'alvéole, très agrandie, de la deuxième prémolaire supérieure droite. La paroi osseuse est lisse, régulière, *éburnée*. A sa partie antérieure on constate une dépression du volume d'une lentille, régulièrement concave.

Une membrane organisée, tapisse cette cavité osseuse, formant ainsi une sorte de poche kystique. Le contenu de cette poche est mucilagineux.

La membrane est peu adhérente à la paroi osseuse, excepté au voisinage du rebord alvéolaire où elle s'unit intimement au tissu fibreux qui comble l'alvéole.

A la petite dépression osseuse, correspond un épaississement localisé de la muqueuse. On est en droit de se demander si l'on n'a pas subi une raréfaction au contact d'un processus inflammatoire chronique de la muqueuse.

Microscopiquement : Poche néomembraneuse : inclusion à la paraffine. Il s'agit d'une membrane néo-conjonctive ressemblant à une membrane kystique et il est impossible de déceler la couche épithéliale.

La partie épaissie qui correspond au récessus osseux est infiltrée par de nombreuses cellules rondes. Il y a à ce niveau la preuve d'un processus hyperplasique plus actif.

Alvéole et gencive : Comblement par du tissu cicatriciel qui témoigne nettement d'une ancienne inflammation guérie et ayant abouti au comblement de l'alvéole.

Alvéole : Décalcification à l'acide nitrique et la phloroglucine. Coloration à l'hématéine, ostéite raréfiante et phénomènes de résorption osseuse, car dans les courbes profondes de la gencive (périoste) on retrouve une prolifération abondante de cellules rondes.

Parois du sinus : Au niveau de la cavité : ostéite condensante manifeste. Oblitération et étouffement des canaux de Havers.

On voit, d'après cet examen, qu'il paraît s'être opéré, à la place du toit alvéolaire absent et en face du développement lent et indolent de la poche kystique, une transformation défensive de la muqueuse sinusale en tissu cicatriciel solide, ne tendant nullement au bourgeonnement.

Ces faits confirment les remarques consignées dans mon premier travail, savoir :

Tolérance extrême de la muqueuse sinusale pour un pus étranger ;

Résistance de la muqueuse à l'infection étrangère, même dans les endroits où cette muqueuse présente une solution de continuité.

Ajoutons toutefois qu'en ces points la muqueuse ne résiste pas indéfiniment aux attaques, c'est-à-dire que la transformation de pyosinus en pyosinusite est possible, mais qu'elle est ordinairement, nous le répétons, lente et difficile.

La marche de cette transformation peut être, dans certains cas, accélérée soit à la suite d'un réchauffement par une poussée aiguë, grippale ou autre, soit par des attouchements fréquents de la région infectée et des surfaces voisines (lavages répétés, curettages incomplets, etc.

La fongosité, terme ultime du processus inflammatoire de la muqueuse sinusale, n'est pas l'apanage de la seule sinusite nasale, elle se développe également, en temps voulu, dans la pyosinusite d'origine dentaire.

Mais, le plus souvent, quelle différence dans le mode d'apparition et dans la rapidité du développement de ces fongosités !...

La sinusite catarrhale aiguë guérit seule le plus souvent — heureusement pour les malades, car elle est d'une fréquence inouïe ; — mais quand elle ne guérit pas et qu'elle passe à l'état chronique c'est, parfois en quelques jours, au cours d'une marche suraiguë, que les fongosités envahissent la plus grande partie des parois sinusales.

Au contraire, dans les pyosinusites d'origine dentaire, c'est ordinairement à froid que cela se passe, très lentement, souvent au bout de nombreuses années.

On pourrait comparer ces différences d'évolution avec celles existant entre la mastoïdite fongueuse à marche rapide, suite d'otite aiguë, et la mastoïdite chronique, suite d'otorrhée.

III. — Fréquence relative des diverses affections sinusales

Il semble donc qu'il faille quelque chose de plus qu'une infection s'établissant insidieusement en un point de la muqueuse périostique sinusale pour que celle-ci se trouve envahie dans son ensemble. On dirait, qu'une fois l'empyème constitué, un *coup de pouce* est nécessaire pour provoquer l'éclosion d'une sinusite, à la façon d'un élément étranger provoquant brus-

quement la cristallisation en masse d'une solution sursaturée.

Cette remarque nous permet :

1° De comprendre pourquoi nous avons rencontré si peu de pyosinusites dentaires contre un plus grand nombre de pyosinus maxillaires de même origine ;

2° D'expliquer, au contraire, comment les infections d'origine nasale, débutant par de la sinusite aiguë, envahissent presque toujours d'emblée, dans les mauvais cas, l'ensemble de la muqueuse et deviennent pyosinusite *sans passer par l'état d'empyème.*

Si l'on veut bien examiner la statistique que j'apporte, on verra que ces sinusites maxillaires chroniques d'origine nasale ne sont pas, comme on l'a écrit couramment, des raretés, puisque j'en ai rencontré 5 cas sur 100 cadavres examinés.

La grippe, agent principal de la sinusite d'origine nasale, peut, par sa fréquence plus marquée depuis une quinzaine d'années, expliquer, jusqu'à un certain point, cette divergence d'opinions.

Si l'on ajoute à ces 5 cas, 1 cas de pyosinus fronto-ethmoïdal, un cas de pyosinus d'origine atrophique, cela porte à 7 le nombre des accidents sinusaux d'origine nasale, contre 11 accidents d'origine dentaire.

Sur ces 11 cas nous avons relevé :

7 pyosinus, 2 parulies sinusales et une seule pyosinusite dentaire.

On voit, d'après cela, que la Rhinologie ne fait pas faillite en face des affections du sinus maxillaire. Mais elle doit réclamer le concours de l'Odontologie dans la plupart des cas et c'est là un admirable terrain d'entente pour ces deux spécialités qui ne sauraient, en l'espèce, se passer l'une de l'autre.

Si donc on admet les définitions données des deux termes : *Empyème maxillaire ou pyosinus*; *sinusite maxillaire chronique ou pyosinusite*, il nous faut conclure que tandis que la sinusite maxillaire chronique vraie d'origine nasale est assez fréquente et le pyosinus d'observation commune, plus rare est la pyosinusite d'origine dentaire.

III

SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

DU CHLORURE D'ETHYLE COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL DANS LES INTERVENTIONS DE COURTE DURÉE. SON ADMINISTRATION A DOSE MINIMA DANS UN ESPACE CLOS ET EXTENSIBLE

Par Fernand **LEMAITRE**

Assistant adjoint du service d'oto-laryngologie de l'hôpital Lariboisière.

La question des anesthésiques pour les interventions de courte durée semble, ces temps derniers, avoir occupé l'attention des chirurgiens et surtout des spécialistes : faut-il opérer les végétations adénoïdes, par exemple, avec ou sans narcose générale ? Si on se sert d'anesthésique, faut-il donner la préférence à l'éther, ou au chloroforme comme Politzer, ou au protoxyde d'azote comme Nourse et Wyatt Vingrave ou encore au bromure d'éthyle comme la plupart des laryngologistes français ? doit-on, à la façon des dentistes, recourir au chlorure d'éthyle où à certains mélanges comme le somnoforme ?

Il semble évident que pour le patient et pour l'opérateur, les conditions dans lesquelles on intervient avec anesthésie, sont infiniment préférables : le curettage des végétations adénoïdes est toujours douloureux, et il n'est pas indifférent d'avoir à opérer un être absolument inerte, chez lequel on peut pratiquer, après l'intervention, un toucher qui rensei-

gnera sur l'état du cavum et permettra d'enlever aussitôt un amas glandulaire oublié par la curette.

Certes, il ne faut pas que l'anesthésie fasse courir au patient plus de danger que l'intervention elle-même, et, il est bien entendu que l'on ne devra recourir à la narcose que si on possède un agent et une méthode avec lesquels toute crainte d'accident sérieux soit écartée.

*
* *

Quel est donc l'anesthésique de choix pour une intervention de courte durée, et peut-on, *a priori*, en se basant simplement sur les propriétés physiques, chimiques et physiologiques d'un corps, avoir quelque préférence pour tel ou tel narcotique ; en d'autres termes, quelles sont les qualités à exiger d'un anesthésique général de courte durée ? Nous pouvons résumer ces qualités sous quatre chefs : l'anesthésique doit agir rapidement, s'éliminer de même, être stable et non toxique, nous voulons dire posséder le minimum de toxicité. Or, le chlorure d'éthyle nous semble répondre à ces desiderata, sa stabilité est très grande, surtout comparée à celle des autres narcotiques ; ce corps se conserve dans des verres ordinaires, alors que le bromure d'éthyle et le chloroforme doivent être préservés de la lumière par des verres de couleur.

Il suffit d'avoir manié une seule fois le chlorure d'éthyle pour connaître sa rapidité d'action ; il nous a toujours fallu, avec ce corps, moins de deux minutes pour obtenir une anesthésie complète.

Quant à son élimination, bien que jusqu'à ce jour aucun dosage exact n'ait été fait, nous croyons pouvoir dire, d'après le Dr L. Camus, que le chloréthyle disparaît avec une extrême rapidité du sang d'un animal soumis à cette narcose. D'ailleurs, l'haleine des malades anesthésiés au chlorure d'éthyle ne présente jamais cette odeur désagréable que lui donnent certains corps, l'odeur alliacée par exemple due au bromure d'éthyle et persistant parfois plus de 48 heures.

Enfin la toxicité de ce corps nous semble réduite au mini-

mum. Si nous en croyons les statistiques, le chlorure d'éthyle serait, avec le protoxyde d'azote, le plus inoffensif des anesthésiques. Ainsi le numéro de novembre 1903 de *The Edimburg Medical Journal* publie la statistique suivante :

	Mortalité
Chloroforme	$\frac{1}{2\,000}$
Bromure d'éthyle	$\frac{1}{4\,000}$
Ether	$\frac{1}{12\,000}$
Chlorure d'éthyle	$\frac{1}{16\,000}$
Protoxyde d'azote	impossible à calculer.

Il convient d'ajouter que dans ces cas le chloréthyle a été donné pour de longues interventions non plus seulement comme anesthésique de courte durée, mais à doses élevées et chez des individus à organisme plus ou moins débilité, ce qui explique vraisemblablement la supériorité statistique du protoxyde d'azote, employé, lui, simplement comme anesthésique de courte durée pour de petites interventions.

D'ailleurs, si on prend soin d'analyser les quelques cas de mort publiés, on voit que très peu sont véritablement dus au chlorure d'éthyle. Et tout d'abord, il faut éliminer le cas de Soulier et Briau qui, dans leurs expériences faites à Lyon, se sont servi de chlorure d'éthylène, corps souvent confondu, malgré sa facile altérabilité, avec le chloréthyle.

Peut-on attribuer au chlorure d'éthyle le cas de Kocher, survenu chez un homme opéré pour une inflammation fongueuse et purulente du tarse (?), la mort étant survenue une semaine après l'intervention faite à l'aide du chloréthyle?

Seitz rapporte l'histoire d'une demoiselle de 55 ans, gibbeuse, atteinte quelque temps auparavant d'une hémorrhagie cérébrale suivie d'hémiplégie, et présentant une grande appréhension pour les anesthésiques. Deux grammes de chlorure d'éthyle furent instillés, pour une extraction dentaire, sur les

gencives inférieures avec la plus grande précaution afin d'éviter, ce qui fut d'ailleurs facile, que l'anesthésie locale ne se transforme en anesthésie générale. Or, quelques instants après cette petite intervention, au moment où la malade se rinçait la bouche, elle pâlit subitement, sa mâchoire s'abaissa, ses yeux devinrent fixes, le pouls petit, filiforme : la mort survint seize heures après l'intervention.

Il semble vraiment difficile d'attribuer au chlorure d'éthyle, en application locale, cette mort dont la cause aurait peut-être été découverte par une autopsie.

Dans le cas de Cardie, l'autopsie fut pratiquée ; elle révéla une dégénérescence cardiaque, rénale et hépatique, de la péritonite adhésive chronique, enfin un rétrécissement uréthral. On conçoit que 20 grammes de chlorure d'éthyle aient pu amener la mort une heure et demie après le réveil de l'opéré, dont l'état général était une contre-indication formelle à toute anesthésie.

König pratique une narcose mixte au chlorure d'éthyle et à l'éther, l'opéré meurt vingt-quatre heures après. A l'autopsie, on trouve un œdème aigu du poumon. Quelle est dans cette mort, la part du chloréthyle et la part de l'éther ?

Quelle est également dans le cas de Bossart la part qu'il convient d'attribuer à notre anesthésique et la part qu'il faut laisser à la toxine diphtérique ? Il s'agit d'un enfant de 21 mois présentant un tirage tel, que la trachéotomie est décidée, faite à l'aide de 5 grammes de chlorure d'éthyle et suivie immédiatement de mort.

Certains auteurs trouvent le cas de Lotheissen plus troublant. Un homme de 41 ans, alcoolique, atteint d'une tumeur de la jambe (?) est anesthésié au chlorure d'éthyle; l'excitation est telle qu'une nouvelle dose d'anesthésique est administrée et suivie bientôt de mort. Certes, dans ce cas, le chlorure d'éthyle semble bien avoir été la cause de la mort ; mais d'une part, l'autopsie révèle, outre une grosse hypertrophie graisseuse du cœur, de l'artériosclérose généralisée avec plaques athéromateuses au niveau des coronaires, lésions suffisantes pour contre-indiquer l'anesthésie ou tout au moins, faire prévoir la possibilité d'une terminaison fatale. D'autre part, il serait

intéressant de savoir quelle a été la dose totale d'anesthésique administré ; malheureusement l'observation est muette à cet égard.

Ainsi donc, jamais à notre connaissance, la mort n'est survenue du fait d'une anesthésie au chlorure d'éthyle, lorsque l'on a eu soin de prendre ces deux précautions : s'abstenir dans les cas contre-indiqués par des lésions organiques trop avancées et ne donner que de très petites doses d'anesthésique. Combien plus nombreux et surtout combien plus réels, les cas de mort dus au bromure d'éthyle !

Il est vrai que la toxicité d'un anesthésique ne se juge pas uniquement d'après les cas de mort, et qu'en pratique les accidents secondaires sont des plus importants. Là encore se montre la supériorité du chlorure d'éthyle. Du côté de l'appareil circulatoire, nous n'avons rien noté de particulier : pas d'irrégularité du pouls, pas de cyanose, jamais de syncope. Le fonctionnement de l'appareil digestif, surtout si on a soin de tenir le malade à jeun, n'est pas troublé par la narcose ; il en est de même de l'appareil respiratoire ; de même aussi de l'appareil urinaire, bien que quelques auteurs aient signalé l'existence d'intoxication rénale passagère (albuminurie pendant quelques minutes). L'action sur le système nerveux, en particulier sur la moelle, semble plutôt entrer en jeu pour expliquer les deux petits accidents que nous devons signaler : l'incontinence du sphincter vésical (nous n'avons jamais observé le relâchement du sphincter anal), et l'excitation parfois assez violente, toujours de courte durée que l'on observe surtout chez les sujets névropathes.

Disons enfin, pour en finir avec l'action toxique du chlorure d'éthyle que l'expérimentation elle-même, plaide en faveur de cet agent anesthésique. Avec des doses considérables (5 à 15 centimètres cubes pour un lapin de 2 kilogrammes) et répétées tous les deux ou trois jours, Haslebacher n'a jamais provoqué la mort du fait de l'anesthésie ; la dégénérescence graisseuse des viscères signalée dans certains cas a été observée chez des animaux sacrifiés après avoir été soumis pendant un mois à ce traitement, sans compter les injections sous-cutanées de chlorure d'éthyle pratiquées en même temps que

les inhalations. Nous sommes loin, on le voit, des un, deux ou trois centimètres cubes que nous donnons une seule fois, et qui sont les doses respectives que nous administrons aux enfants, aux adolescents et aux adultes.

Etant donné un anesthésique justifiant par lui-même l'enthousiasme de tous les auteurs qui en ont fait usage, le point capital, à notre sens, se résume dans une question de posologie : éviter de donner une dose quelconque, connaître et pouvoir administrer la dose minima.

∴

La question délicate concernant le chlorure d'éthyle est, en effet, son mode d'administration. Les uns, suivant le procédé de la compresse employé par Malherbe et Laval arrivent parfois à sidérer leurs sujets en douze à dix-huit secondes. D'autres se servent soit du masque de Collin, soit du masque de Bengué, soit du masque de Ware, soit encore de la corbeille de Breuer, dans ces cas, l'anesthésie se fait toujours plus ou moins à l'air libre, et il est impossible de savoir quelle est la dose utilisée. Une certaine quantité d'anesthésique s'évaporant à l'extérieur, on est obligé de donner des doses relativement considérables, de 5 à 15 centimètres cubes, s'il s'agit d'adultes.

L'ingénieux appareil de Guilmeth a le tort de priver le sujet d'air, et de lui faire respirer uniquement du chlorure d'éthyle qu'un long tube conduit du réservoir à anesthésique au masque appliqué sur la figure du patient, dispositif condamné au nom de la physiologie.

L'appareil de de Crésantignes est pourvu d'une vessie souple pouvant contenir plus d'un demi-litre d'air, soit « l'air respiratoire » des physiologistes.

De même, l'appareil de Robinson permet d'anesthésier dans un espace clos et extensible malheureusement ces deux appareils ont l'inconvénient de laisser échapper une petite quantité de chlorure d'éthyle entre le moment où le liquide est versé dans la chambre d'évaporation et l'instant où le masque est appliqué sur la figure du patient.

Les résultats que nous donnons ici ont tous été obtenus avec le masque de L. Camus ([1]), appareil extrêmement simple, robuste, facile à manier, permettant la rupture d'une ampoule sans perte d'anesthésique, et sans avoir recours aux briseurs qui compliquent les appareils et sont souvent d'un fonctionnement défectueux.

« Cet appareil se compose de trois parties, d'un masque, d'une chambre d'évaporation et d'une vessie.

« Le masque est un caoutchouc épais et résistant, ses bords ont une forme un peu spéciale, et un bourrelet pneumatique assure une fermeture complète, quand il est appliqué sur la figure.

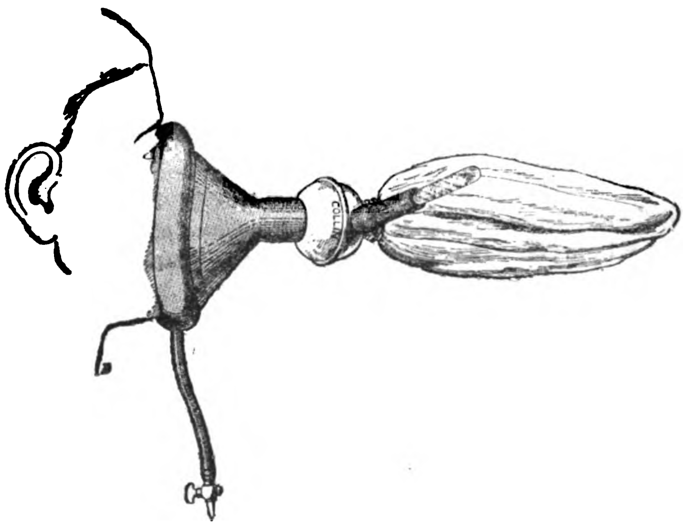


Fig 1

« La vessie est analogue à celle qui existe dans de nombreux

([1]) L. Camus. — Appareil pour anesthésie générale de courte durée par le chlorure d'éthyle et les corps analogues. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, tome LV, p. 542 545 ; 8 mai 1906, et application du masque à l'emploi de la dose minima d'anesthésique, dans le cas d'anesthésie générale de courte durée. *L'odontologie*, XXXV, p. 497-503 ; 15 juin 1906.

appareils du même genre ; c'est un organe indispensable dans un masque à espace limité. Une seule objection a été faite à l'emploi de la vessie, c'est l'asphyxie ; cette objection n'existe pas ici, car l'appareil n'est destiné qu'aux anesthésies rapides et de courte durée.

« La troisième partie de l'appareil, la chambre d'évaporation, mérite une mention spéciale ; elle est intermédiaire aux deux parties précédentes et communique largement avec chacune d'elles ; un tube métallique, garni d'un manchon de caoutchouc plus long que lui de trois centimètres, reçoit l'ampoule.

« L'introduction de l'ampoule dans le manchon de caoutchouc assure la fermeture hermétique de la chambre d'évaporation. La rupture de l'ampoule est obtenue par un mouvement de latéralité que permet l'élasticité du caoutchouc et, pour faciliter ce résultat, la pointe de l'ampoule est fixée entre la paroi du tube et une petite traverse métallique située dans l'axe du tube.

« Le liquide qui s'échappe du tube se répand aussitôt à la partie inférieure de la chambre d'évaporation, et sa volatilisation est plus ou moins rapidement obtenue, grâce à la chaleur de la main qui soutient l'appareil »

*
* *

Nous avons toujours anesthésié nos sujets dans la position verticale, les enfants maintenus sur les genoux d'un aide, les adolescents à genoux sur une pile d'alèzes, ce qui permet de les maintenir plus facilement, en cas de mouvements de défense, les adultes enfin, assis sur une chaise, comme pour les interventions dentaires.

Nous avons pris l'habitude d'appliquer un ouvre-bouche pour pratiquer l'anesthésie ; cette manière de procéder présente un double avantage. D'une part, l'inhalation se faisant surtout par la voie buccale, il s'ensuit une diminution de l'excitation d'origine olfactive, et du fait même, des chances de syncope réflexe ; ainsi se trouve réalisée, mieux que par des badigeonnages à la cocaïne, la suppression des inconvé-

nients de la respiration nasale que, à plusieurs, reprises physiologistes et chirurgiens ont essayé d'obtenir. D'autre part, pour les opérations sur la bouche, on évite une perte de temps variable, mais toujours appréciable ; non pas qu'il soit long en soi de placer un ouvre-bouche, mais il faut compter avec la contracture des machoires qui ne disparaît souvent que dix, vingt, trente et même cinquante secondes après l'administration du chlorure d'éthyle. Il suffit de comparer les résultats de notre tableau I et des autres tableaux pour être fixé sur ce point.

Dans une seconde séance (tableau II) nous avons employé l'ouvre-bouche de Robinson, modifié par Vacher, ouvre-bouche suffisamment petit pour ne pas gêner l'application du masque. Cet ouvre-bouche fut difficilement maintenu en place ; d'ailleurs, pour l'intervention il fallait le remplacer par un autre, de sorte que nous nous sommes servi définitivement de l'ouvre-bouche de Doyen, modifié par Lombard ouvre-bouche qui a peut-être l'inconvénient de gêner l'application du masque, mais qui donne d'excellents résultats, lorsque le bourrelet pneumatique de l'appareil est assez volumineux pour épouser cette nouvelle saillie et s'appliquer quand même sur la joue du patient.

Le petit inconvénient provenant de l'usage de cet ouvre-bouche employé avec un bourrelet pneumatique insuffisant, nous avons eu surtout à le déplorer pour les anesthésies rapportées dans le tableau VI et pratiquées par une journée de chaleur vraiment excessive ; c'est qu'en effet, la température est un facteur avec lequel il faut compter. Le chlorure d'éthyle est un liquide qui bout à 12° centigrades, et généralement il suffit de chauffer plus ou moins, avec la paume de la main, la chambre d'évaporation dans laquelle est versé le chloréthyle, pour obtenir, dans de bonnes conditions, la formation des vapeurs chloréthyliques ; mais si la température est trop élevée, pour peu que les ampoules de chlorure d'éthyle, aient été exposées à la chaleur (voir remarque du tableau VI) le dégagement de vapeurs se fait trop rapidement et si l'appareil n'est pas hermétiquement clos, ce qui se produit plus ou moins, avec l'application de l'ouvre-

bouche, il s'ensuit une perte d'anesthésique que l'on peut percevoir avec la main, au niveau de la fissure; l'anesthésie se fait mal ou même ne se fait pas. — Rien n'est plus simple que de parer à cet inconvénient; il suffit, par les grandes chaleurs, de refroidir préalablement dans la glace, la chambre d'évaporation (voir n° 12 du tableau VI).

Pratiquée dans ces conditions, l'anesthésie se produit en moins d'une minute, persiste, y compris la période d'analgésie de retour, de 1 à 2 minutes, avec les doses que nous avons précédemment indiquées :

1 centimètre cube (quelquefois 1/2) .	de 2 à 8 ans
2 centimètres cubes	de 8 à 16 »
3 » »	pour les adultes.

Au début, à moins que l'on obtienne une formation lente et régulière de vapeurs chloréthyliques, on note une légère excitation, se manifestant chez les enfants par une période d'apnée, chez les adolescents par des mouvements de défense. Dix à quinze secondes après, la respiration devient ample et régulière. Bientôt l'analgésie du début, fait place à l'anesthésie qui se reconnaît aux signes suivants :

1° D'abord cette respiration régulière qui aboutit souvent au ronflement;

2° La résolution musculaire, facilement perçue par l'aide chargé de l'anesthésie : la tête du patient privée de sa tonicité normale devient complètement passive;

3° Du côté de l'œil, il se produit un ensemble de signes : les yeux restent ouverts, les globes oculaires se convulsent soit en haut, soit en bas puisque le réflexe cornéen tend à disparaître au moment où l'anesthésie est complète.

L'opération terminée, le réveil se fait rapidement; le malade présente en général de l'euphorie, comme dans les anesthésies au protoxyde d'azote; même s'il s'est débattu, il avoue n'avoir rien ressenti; il ne se souvient de rien et croit avoir fait un rêve agréable. Telle a été pour notre part, l'impression que nous avons conservée d'une anesthésie au chlorure d'éthyle.

Voici d'ailleurs les cent dix observations que nous avons

recueillies dans le service de notre maître, M. Sebileau, l'anesthésie étant dirigée par M. L. Camus, chef adjoint des travaux de physiologie à la Faculté de Médecine.

Comme on peut s'en rendre compte d'après les tableaux ci-après à part les premières séances pour lesquelles le mode d'administration du chlorure d'éthyle n'était pas encore complètement fixé, l'anesthésie obtenue avec ces doses minima est suffisante pour toutes les interventions de courte durée, et, plus particulièrement en ce qui concerne la spécialité oto-rhino-laryngologique, pour l'ablation des amygdales et le curettage des végétations adénoïdes.

Pour mieux juger de la valeur réciproque du chlorure et du bromure d'éthyle, nous avons voulu voir quels étaient les résultats obtenus avec le bromure administré avec le masque de Camus, en nous plaçant dans les mêmes conditions qu'avec le chloréthyle. Nous nous sommes servi de 1 centimètre cube, pour anesthésier des enfants de 5, 6, 7 et 8 ans. Voici les résultats que nous avons obtenus : analgésie plutôt qu'anesthésie à proprement parler ; longue durée de l'administration (de 1 minute 1/2 à 2 minutes, au lieu de 30 à 50 secondes) ; obligation de chauffer la chambre d'évaporation, le bromure d'éthyle étant un liquide bouillant à 38° : parfois mydriase inquiétante, enfin excitation et contracture plus prononcées qu'avec le chlorure d'éthyle ; il nous semble donc y avoir une grande différence entre ces deux corps, et nous nous expliquons difficilement la vogue si longtemps universelle dont a joui le bromure d'éthyle.

Nous estimons que par lui-même le chlorure d'éthyle est un anesthésique général infiniment supérieur ; administré à la dose minima, dans un espace clos et extensible, il n'a jamais provoqué le moindre accident, et nous sommes persuadés qu'il ne peut déterminer la mort par intoxication, on aura d'ailleurs toujours présent à l'esprit ces deux contre-indications : constatation de lésions organiques graves et crainte immodérée des anesthésiques chez des sujets névropathes.

TABLEAU I. — *Anesthésies pratiquées le 16 mai.*

N°	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Dose	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	garçon	7 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Pas d'ouvre-bouche; l'inhalation se fait entièrement par la voie nasale. Sujet assis sur les genoux d'un aide	2 cc.	30 secondes	—	35 secondes	Contracture des mâchoires cédant spontanément 10 secondes après l'administration de l'anesthésique; légère excitation au réveil.
2	fille	5 ans	Id.	Id.	1 cc.	25 secondes	Apnée au début; respiration calme et régulière ensuite	22 secondes	Bonne anesthésie.
3	garçon	5 ans	Id.	Id.	1 cc.	25 secondes	—	26 secondes	Bonne anesthésie; excitation au début et au réveil.
4	garçon	6 ans $^1/_2$	Id.	Id.	1 cc.	1 min. $^1/_2$	Respiration très irrégulière	32 secondes	Pas d'anesthésie.
5	garçon	6 ans $^1/_2$	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	35 secondes	—	15 secondes	Excitation; cyanose légère; sang légèrement noir.
6	garçon	4 ans	Id.	Id.	1 cc.	22 secondes	—	1 minute	Bonne anesthésie, mais contracture des mâchoires persistant 45 secondes après l'administration du chlorure d'éthyle.

7	fille	8 ans	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	20 secondes	—	17 secondes	Bonne anesthésie; contracture des mâchoires persistant 5 à 6 secondes.
8	fille	14 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	44 secondes	Apnée au début; respiration très régulière ensuite	30 secondes	Bonne anesthésie; contracture des mâchoires (3 à 4 secondes).
9	fille	4 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	20 secondes	—	27 secondes	Bonne anesthésie; contracture disparaissant en 2 secondes; très légère cyanose.
10	garçon	3 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	35 secondes	Respiration courte et saccadée; se régularise vers la fin	45 secondes	Contracture des mâchoires (15 secondes); anesthésie suffisante.
11	garçon	6 ans	Id.	Id.	1 cc.	25 secondes	—	22 secondes	Bonne anesthésie (sans contracture).
12	garçon	13 ans	Ablation des amygdales	Id.	2 cc.	23 secondes	—	18 secondes	Bonne anesthésie (pas de contracture).
13	garçon	17 ans 1/2	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	2 cc.	27 secondes	Apnée au début	15 secondes	Anesthésie à laquelle succède bientôt l'analgésie de retour.
14	garçon	13 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	2 cc.	30 secondes	—	40 secondes	Contracture disparaissant spontanément 12 secondes après l'administration du chlorure d'éthyle. Analgésie complète.
15	fille	16 ans	Ablation des amygdales	Id.	2 cc.	35 secondes	Respiration très régulière	20 secondes	Bonne anesthésie (pas de contracture).

N° d'ordre	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Dose	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	fille	4 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Application de l'ouvre-bouche de Robinson. Enfant assise sur les genoux d'un aide	$^1/_2$ cc.	45 secondes	?	60 secondes	Analgésie; quelques mouvements de défense.
2	garçon	7 ans	Id.	Id.	1 cc.	40 secondes	?	50 secondes	Très bonne anesthésie.
3	fille	12 ans	Id.	L'ouvre-bouche dérape	2 cc. en 2 fois	32 sec. la 1re fois 35 sec. la 2e fois	?	—	Après 15 secondes de sommeil, réveil brusque; la seconde fois, après 30 secondes d'anesthésie, de nouveau réveil brusque. L'enfant n'est pas opérée de ses végétations.
4	fille	12 ans	Id.	Application de l'ouvre-bouche de Robinson	1 cc.	30 secondes	10 respirations amples et régulières	60 secondes	Très bonne anesthésie (sujet névropathe).

5	fille	10 ans	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	40 secondes	?	25 secondes	Bonne anesthésie.
6	garçon	3 ans	Id.	Id.	1/2 cc.	50 secondes	?	15 secondes	Anesthésie les 10 premières minutes; analgésie ensuite.
7	garçon	6 ans	Id.	Id.	1/2 cc.	40 secondes	13 respirations amples et régulières; période d'apnée au début	20 secondes	Anesthésie insuffisante.
8	garçon	9 ans 1/2	Ablation des amygdales	L'ouvre-bouche dérape	1 cc.	43 secondes	?	25 secondes	Bonne anesthésie.
9	fille	6 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	45 secondes	?	22 secondes	Bonne anesthésie; légère excitation au début et au réveil.
10	fille	15 ans	Id.	Application de l'ouvre bouche de Robinson	2 cc.	35 secondes	?	20 secondes	Très bonne anesthésie.
11	fille	8 ans	Ablation de végétations	Id.	1 cc.	30 secondes	20 respirations faibles et précipitées	12 secondes	Bonne anesthésie.
12	garçon	12 ans	Ablation des amygdales	L'ouvre-bouche dérape	1 cc.	35 secondes	?	22 secondes	Anesthésie suffisante; légère excitation au début.

TABLEAU III. — *Anesthésies pratiquées le 27 juin.*

N° d'o.	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Doses	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	garçon	4 ans	Ablation des amygdales et de végétations	Application de l'ouvre-bouche. Sujet assis sur les genoux d'un aide	1 cc.	60 secondes	13 respirations faibles	20 secondes	Très bonne anesthésie.
2	garçon	17 ans 1/2	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	2 cc.	50 secondes	20 respirations irrégulières	10 secondes	Mauvaise anesthésie. Ce sujet d'une corpulence d'adulte (taille 1m,80), se débat pendant l'administration du chlorure d'éthyle, ne dort pas et sent l'intervention.
3	fille	4 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	30 secondes	10 respirations	15 secondes	Très bonne anesthésie.
4	fille	12 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	2 cc.	45 secondes	5 respirations faibles	25 secondes	Bonne anesthésie.

5	fille	7 ans $^1/_2$	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	40 secondes	17 respirations les premières très faibles	45 secondes	Très bonne anesthésie ; l'enfant dort encore un certain temps après l'opération.
6	fille	17 ans $^1/_2$	Ablation des amygdales et de végétations	Sujet à genoux	2 cc.	45 secondes	26 respirations régulières	30 secondes	Très bonne anesthésie ; la malade dort encore 30 secondes après la fin de l'intervention.
7	fille	14 ans	Id.	Sujet assis sur les genoux d'un aide	2 cc.	48 secondes	18 respirations ; les 5 premières irrégulières	60 secondes	Anesthésie insuffisante ; après 20 secondes de sommeil calme, réveil et mouvements de défense.
8	fille	10 ans	Id.	Id.	2 cc.	40 secondes	17 respirations régulières	45 secondes	Très bonne anesthésie ; on a le temps de pratiquer le toucher après l'intervention.
9	fille	9 ans	Id.	Id.	1 cc.	50 secondes	14 respirations	1 min. $^1/_2$	Anesthésie insuffisante ; après 15 secondes de sommeil, l'enfant se réveille brusquement.
10	garçon	16 ans	Ablation des amygdales	Sujet à genoux	1 cc.	1 minute	19 respirations ; les premières faibles et irrégulières	30 secondes	Bonne anesthésie.

TABLEAU IV. — *Anesthésies pratiquées le 11 juillet.*

N° d'ord	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Dose	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	fille	10 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Application de l'ouvre-bouche. Sujet assis sur les genoux d'un aide	2 cc.	40 secondes	13 respirations; apnée au début	25 secondes	Bonne anesthésie.
2	garçon	5 ans $^1/_2$	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	45 secondes	20 respirations régulières	14 secondes	Très bonne anesthésie.
3	garçon	12 ans	Id.	Id.	2 cc.	57 secondes	16 respirations irrégulières	10 secondes	Pas d'anesthésie; période d'apnée avant que le chlorure d'éthyle ne soit absorbé.
4	garçon	9 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	2 cc.	55 secondes	20 respirations	22 secondes	Bonne anesthésie.
5	fille	10 ans	Id.	Id.	2 cc.	50 secondes	25 respirations	37 secondes	Très bonne anesthésie.
6	fille	15 ans	Ablation des amygdales	Position à genoux	2 cc.	47 secondes	26 respirations; les premières faibles et irrégulières	9 secondes	Bonne anesthésie; les 2 cc. de chlorure d'éthyle n'ont pas été entièrement absorbés.
7	garçon	17 ans	Ablation de végétations	Id.	2 cc.	67 secondes	22 respirations courte apnée au début	7 secondes	Anesthésie parfaite; excitation au réveil.

8	garçon	6 ans 1/2	Ablation des amygdales et de végétations	Sujet assis	1 cc.	44 secondes	13 respirations amples et régulières	23 secondes	Bonne anesthésie.
9	garçon	5 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	44 secondes	18 respirations	22 secondes	Anesthésie juste suffisante.
10	garçon	5 ans	Ablation de végétations	Id.	1 cc.	48 secondes	20 respirations	18 secondes	Anesthésie suffisante.
11	garçon	6 ans 1/2	Ablation des amygdales	Id.	1 cc.	42 secondes	15 respirations; apnée au début	17 secondes	Bonne anesthésie.
12	garçon	6 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	48 secondes	19 respirations	19 secondes	Très bonne anesthésie.
13	garçon	3 ans	Ablation des amygdales	Id.	1 cc.	37 secondes	13 respirations	15 secondes	Bonne anesthésie.
14	garçon	9 ans	Ablation des amygdales et de végétations	Id.	2 cc.	40 secondes	16 respirations amples et régulières	27 secondes	Bonne anesthésie.
15	garçon	11 ans	Ablation de végétations	Id.	2 cc.	44 secondes	18 respirations	25 secondes	Très bonne anesthésie.
16	fille	10 ans	Id.	Id.	2 cc.	40 secondes	16 respirations	20 secondes	Très bonne anesthésie; relâchement du sphincter vésical.
17	garçon	5 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	53 secondes	21 respirations	25 secondes	Bonne anesthésie.

TABLEAU V. — *Anesthésies pratiquées le 25 juillet.*

Nº d'ordre	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Dose	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	garçon	3 ans 1/2	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Application de l'ouvre bouche; situation assise du sujet	1 cc.	45 secondes	12 respirations; les premières irrégulières	25 secondes	Très bonne anesthésie.
2	fille	5 ans 1/2	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	55 secondes	19 respirations	15 secondes	Anesthésie parfaite.
3	fille	6 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	52 secondes	18 respirations	20 secondes	Bonne anesthésie.
4	garçon	8 ans	Id.	Id.	1 cc.	45 secondes	22 respirations	14 secondes	L'anesthésie persiste encore 15 secondes après l'intervention.
5	fille	22 ans	Ablation des amygdales	Id.	3 cc.	60 secondes	27 respirations courtes et saccadées	10 secondes	Anesthésie parfaite; la malade déclare n'avoir rien senti.
6	fille	16 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	3 cc.	46 secondes	30 respirations	22 secondes	Bonne anesthésie; légère excitation au réveil.

7	garçon	10 ans	Id.	Id.	2 cc.	60 secondes	23 respirations; apnée au début	30 secondes	Très bonne anesthésie.
8	fille	6 ans	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	40 secondes	19 respirations	14 secondes	Anesthésie parfaite.
9	fille	4 ans	Ablation des amygdales et de végétations	Id.	1 cc.	52 secondes	24 respirations courtes et irrégulières	25 secondes	Bonne anesthésie; relâchement du sphincter vésical.
10	garçon	6 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	55 secondes	20 respirations	25 secondes	Très bonne anesthésie.
11	garçon	4 ans	Id.	Id.	1 cc.	48 secondes	18 respirations amples	45 secondes	Bonne anesthésie.
12	garçon	12 ans	Ablation des amygdales	Id.	2 cc.	60 secondes	25 respirations	50 secondes	Très bonne anesthésie; l'enfant continue à dormir après l'intervention.
13	garçon	8 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	2 cc.	72 secondes	26 respirations	58 secondes	Très bonne anesthésie.
14	garçon	12 ans	Id.	Id.	2 cc.	90 secondes	22 respirations	30 secondes	Bonne anesthésie; l'enfant se débat au début.

TABLEAU VI. — *Anesthésies pratiquées le 1er août.*

N° d'ordre	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Dose	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	fille	6 ans 1/2	Ablation des amygdales	Application de l'ouvre-bouche; le sujet est assis sur les genoux d'un aide	1 cc.	50 secondes	25 respirations; courte apnée au début	30 secondes	Anesthésie suffisante; l'enfant se réveille à la fin de l'intervention.
2	fille	7 ans 1/2	Id.	Id.	1 cc.	45 secondes	23 respirations	25 secondes	* Mauvaise anesthésie.
3	garçon	11 ans	Ablation de végétations	Id.	2 cc.	50 secondes	28 respirations	25 secondes	* Anesthésie suffisante.
4	garçon	14 ans	Ablation des amygdales et de végétations	Le sujet est à genoux	2 cc.	55 secondes	25 respirations	35 secondes	* Anesthésie insuffisante; l'ablation des adénoïdes ne peut être pratiquée.
5	garçon	14 ans	Id.	Id.	2 cc.	75 secondes	23 respirations amples et régulières	45 secondes	Bonne anesthésie.
6	garçon	7 ans	Ablation de végétations	Sujet assis	1 cc.	60 secondes	35 respirations	15 secondes	Anesthésie insuffisante.
7 ou 4b.	garçon	14 ans	Id.	Sujet à genoux	2 cc.	60 secondes	22 respirations; apnée au début	15 secondes	* Mauvaise anesthésie; légère cyanose; cet opéré avait déjà absorbé 2 cc. de chlorure d'éthyle (voir n° 4).
8	fille	10 ans	Ablation des amygdales et de végétations	Sujet assis	2 cc.	55 secondes	16 respirations; longue apnée au début	15 secondes	* Pas d'anesthésie.

9	garçon	5 ans	Id.	Id.	1 cc.	70 secondes	16 respirations; très longue apnée au début	50 secondes	Bonne anesthésie.
10	garçon	13 ans	Ablation de végétations	Id.	2 cc.	85 secondes	35 respirations	15 secondes	Anesthésie suffisante.
11	fille	3 ans 1/2	Ablation des amygdales	Id.	1 cc.	60 secondes	46 respirations; les premières courtes et saccadées	15 secondes	Très bonne anesthésie.
12	fille	17 ans	Ablation de végétations	Sujet à genoux	3 cc.	60 secondes	37 respirations	16 secondes	* Très bonne anesthésie, l'opérée continue à dormir après l'intervention; *la chambre d'évaporation de l'appareil avait été préalablement refroidie dans la glace.*
13	garçon	7 ans	Id.	Sujet assis	1 cc.	55 secondes	22 respirations	15 secondes	* Bonne anesthésie; se réveille juste à la fin de l'intervention.
14	fille	18 ans	Id.	Sujet à genoux	3 cc.	90 secondes	31 respirations; apnée au début	20 secondes	Bonne anesthésie.
15	garçon	11 ans	Ablation des amygdales et de végétations	Sujet assis	2 cc.	60 secondes	27 respirations très amples	60 secondes	* L'anesthésie ne dure que 30 secondes.
16	garçon	6 ans 1/2	Ablation des amygdales	Id.	1 cc.	45 secondes	31 respirations	15 secondes	* Mauvaise anesthésie.

Remarque. — Nous devons signaler d'une part la température excessive de cette journée, et d'autre part, ce fait que les anesthésies marquées d'un * ont été pratiquées avec des échantillons transportés quelques instants auparavant, en plein soleil, dans la serviette du représentant de la maison, fournissant ce chlorure d'éthyle.

TABLEAU VII. — *Anesthésies pratiquées le 12 septembre.*

N° d'ordre	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Dose	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	fille	5 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Application de l'ouvre-bouche. Situation assise du sujet	2 cc.	45 secondes	28 respirations; les premières faibles et irrégulières	35 secondes	Très bonne anesthésie.
2	garçon	5 ans	Id.	Id.	1 cc.	45 secondes	27 respirations	17 secondes	Très bonne anesthésie; crise de larmes au début.
3	garçon	4 ans	Id.	Id.	1 cc.	48 secondes	17 respirations	?	Très bonne anesthésie.
4	fille	7 ans	Id.	Id.	1 cc.	47 secondes	20 respirations	20 secondes	Très bonne anesthésie; relâchement du sphincter vésical.
5	garçon	11 ans	Ablation d'un éperon de la cloison	Id.	2 cc.	55 secondes	28 respirations; apnée au début	55 secondes	Très bonne anesthésie.

6	fille	4 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	47 secondes	13 respirations; les premières très faibles et irrégulières	22 secondes	Très bonne anesthésie.
7	garçon	3 ans $^1/_2$	Id.	Id.	1 cc.	47 secondes	12 respirations	12 secondes	Très bonne anesthésie.
8	fille	7 ans	Id.	Id.	1 cc.	53 secondes	20 respirations	18 secondes	Très bonne anesthésie.
9	fille	13 ans	Id.	Id.	2 cc.	65 secondes	42 respirations amples et régulières	17 secondes	Anesthésie suffisante.
10	fille	4 ans $^1/_2$	Id.	Id.	1 cc.	58 secondes	23 respirations irrégulières au début	20 secondes	Très bonne anesthésie.
11	garçon	11 ans $^1/_2$	Id.	Id.	2 cc.	55 secondes	25 respirations	22 secondes	Bonne anesthésie; excitation au début et au réveil; relâchement du sphincter vésical.
12	garçon	4 ans	Ablation des amygdales	Id.	1 cc.	47 secondes	24 respirations	12 secondes	Très bonne anesthésie.

TABLEAU VIII. — *Anesthésies pratiquées le 19 septembre.*

N° d'ordre	Sexe	Age	Intervention	Conditions anesthésiques	Dose	Durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Respiration pendant la durée de l'administration du chlorure d'éthyle	Durée de l'intervention	Observations
1	garçon	12 ans	Ablation de végétations adénoïdes	Application de l'ouvre-bouche. Sujet assis sur les genoux d'un aide	1 cc.	65 secondes	34 respirations	30 secondes	Bonne anesthésie.
2	garçon	14 ans 1/2	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Sujet à genoux	3 cc.	75 secondes	38 respirations	55 secondes	Anesthésie, puis analgésie de retour vers la fin de l'intervention.
3	garçon	16 ans	Ablation des amygdales	Id.	3 cc.	2 minutes	?	15 secondes	Très bonne anesthésie.
4	fille	24 ans	Id.	Id.	3 cc.	1 minute 25 secondes	33 respirations	10 secondes	Anesthésie parfaite; relâchement du sphincter vésical.
5	garçon	14 ans	Ablation de végétations adénoïdes	Sujet assis sur les genoux d'un aide	2 cc.	1 minute 15 secondes	50 respirations	10 secondes	Bonne anesthésie,
6	fille	2 ans	Ablation des amygdales	Id.	1 cc.	40 secondes	10 respirations; apnée au début	25 secondes	Très bonne anesthésie.

7	garçon	8 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	1 minute	35 respirations	25 secondes	Très bonne anesthésie.
8	garçon	11 ans	Id.	Id.	2 cc.	1 minute 10 secondes	35 respirations	20 secondes	Bonne anesthésie.
9	garçon	4 ans 1/2	Ablation de végétations adénoïdes	Id.	1 cc.	50 secondes	32 respirations	10 secondes	Très bonne anesthésie.
10	garçon	10 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	L'ouvre-bouche ne peut être mis en place	2 cc.	1 minute	42 respirations très amples	35 secondes	Bonne anesthésie; contracture des mâchoires durant 10 secondes et disparaissant spontanément.
11	fille	22 ans	Ablation des amygdales	Application de l'ouvre-bouche. Sujet à genoux	3 cc.	1 min. 1/2	31 respirations	15 secondes	Bonne anesthésie; relâchement du sphincter vésical.
12	garçon	19 ans	Id.	Id.	3 cc.	1 min. 1/2	31 respirations très amples et régulières	30 secondes	Très bonne anesthésie.
13	garçon	7 ans	Ablation des amygdales et de végétations adénoïdes	Application de l'ouvre-bouche. Sujet assis sur les genoux d'un aide	1 cc.	1 minute	51 respirations courtes et précipitées	25 secondes	Bonne anesthésie.

NOTES DE TECHNIQUE

I

COMMENT ON MOUCHE LES ENFANTS DU PREMIER AGE

Par **E. ESCAT**.

L'inconvénient immédiat le plus grave du coryza des nouveau-nés, que ce coryza soit spécifique ou non spécifique, purulent ou simplement catarrhal, est incontestablement l'imperméabilité nasale résultant autant de l'encombrement du canal respiratoire par les exsudats que de son oblitération par l'hypertrophie inflammatoire de la pituitaire.

L'entrave apportée à l'alimentation et au sommeil indique l'urgence de lutter simultanément contre ces deux facteurs d'insuffisance respiratoire.

Le premier n'est certes pas négligeable; contre lui, plusieurs moyens ont été proposés.

Tout d'abord, la douche nasale liquide : ce moyen, en dehors de ses difficultés d'exécution chez un enfant du premier âge, risque fort d'envoyer dans les trompes et dans les cavités laryngo-trachéales du liquide chargé d'éléments septiques.

L'essuyage, à l'aide d'un porte-ouate, pratiqué par le médecin, constitue une manœuvre plutôt pénible et qui ne saurait être trop fréquemment renouvelée.

La douche sèche, avec la poire de Politzer, était encore jusqu'ici le procédé le plus pratique ; toutefois, ce moyen a encore, comme la douche, quoique à un degré moindre, l'inconvénient de chasser les sécrétions nasales vers la trompe et le larynx.

ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, t. XXXII, n° 10, 1906.

Devant l'insuffisance et les méfaits de ces méthodes, j'ai eu l'idée de.recourir à l'aspiration des exsudats à l'aide d'un petit aspirateur très simple que j'ai fait construire par Collin.

Cet instrument, véritable « mouche bébé », est composé d'une simple ampoule ellipsoïdale en verre, dont le pôle libre se termine par un embout conique destiné à être engagé dans une narine ; le pôle opposé, fermé, est traversé par un tube de verre fermé à son extrémité, pourvu d'un œillet latéral, et plongeant dans l'ampoule. Une poire élastique destinée à faire le vide dans l'ampoule, par l'intermédiaire du tube intérieur, est adaptée à ce pôle.

Un support métallique, formé de deux anneaux réunis par des traverses, sert à maintenir l'instrument en dehors du service.



Fig. 1

Le maniement en est très simple : il suffit, la poire préalablement comprimée, d'introduire l'embout libre dans la narine de l'enfant.

Le vide réalisé par l'élasticité de la poire fait immédiatement monter les sécrétions nasales dans l'ampoule.

La manœuvre doit être faite successivement à chaque narine et peut, sans inconvénient, être renouvelée.

Cet instrument inoffensif peut être confié sans crainte à l'entourage, ce qu'on ne saurait faire avec la douche liquide et la poire de Politzer.

Peut-être l'aspirateur pourrait-il avoir le fâcheux effet de faire ventouse sur la tête saillante et parfois turgescente du cornet inférieur.

Mais cet accident n'est pas à redouter si on a soin de n'engager l'embout dans la narine que de 2 à 3 millimètres, ce qui est suffisant.

L'insuffisance nasale étant surtout gênante pendant l'allaitement, on devra, avec l'aspirateur, procéder à l'évacuation des deux fosses nasales avant chaque tétée.

Après chaque aspiration, les exsudats contenus dans l'ampoule sont aisément expulsés en comprimant la poire.

L'ampoule est ensuite très facilement nettoyée dans de l'eau bouillie additionnée de sel marin s'il s'agit d'un coryza catarrhal, additionnée d'un antiseptique alcalin, tel que le lysol ou le lusoforme, s'il s'agit d'un coryza septique ; ces antiseptiques, en effet, en raison de leur caractère savonneux, dissolvent mieux les mucosités nasales.

Mon intention ne saurait être, dans cette note de pure technique, de toucher à la thérapeutique des rhinites infantiles.

Je ne puis, toufefois, résister au désir de protester, en passant, contre l'abus des pommades et des huiles mentholées fortes, appliquées aux nourrissons.

J'ai vu, plusieurs fois, une simple application de pommade mentholée provoquer un accès de spasme glottique asphyxique avec cyanose prononcée, chez un enfant de 3 mois.

Divers confrères m'ont dit avoir constaté le même accident.

Je crois donc qu'il est prudent, chez les enfants du premier âge, si on veut utiliser les propriétés vaso-constrictrices du menthol, de n'employer que des topiques contenant des doses infimes de ce médicament (soit 2 à 6 centigrammes au maximum pour 20 grammes d'excipient), ou d'employer simplement, comme je le fais dans ma pratique, des pommades à la résorcine à 1/2 %, et à l'aristol à 1/30.

Le moyen le plus simple d'appliquer ces pommades est l'emploi depuis longtemps vulgarisé de tubes d'étain, qui permet de pousser, dans chaque fosse nasale, une quantité suffisante de topique.

Cette application doit être faite dans la position couchée ; elle doit toujours être précédée de l'aspiration des exsudats.

Trois à cinq minutes après, la pommade liquéfiée au contact des muqueuses ne tarde pas à incommoder le petit malade, provoquant un ronchus nasal et même pharyngé, parfois très bruyant.

En cette circonstance encore, notre aspirateur rend les plus grands services : il permet, en effet, d'évacuer l'excès de pommade liquéfiée qui enchifrène de nouveau le petit malade, lui donne de l'inquiétude et réveille ses cris.

II

UN NOUVEAU RELEVEUR DE L'EPIGLOTTE

Par **MERMOD** (Lausanne).

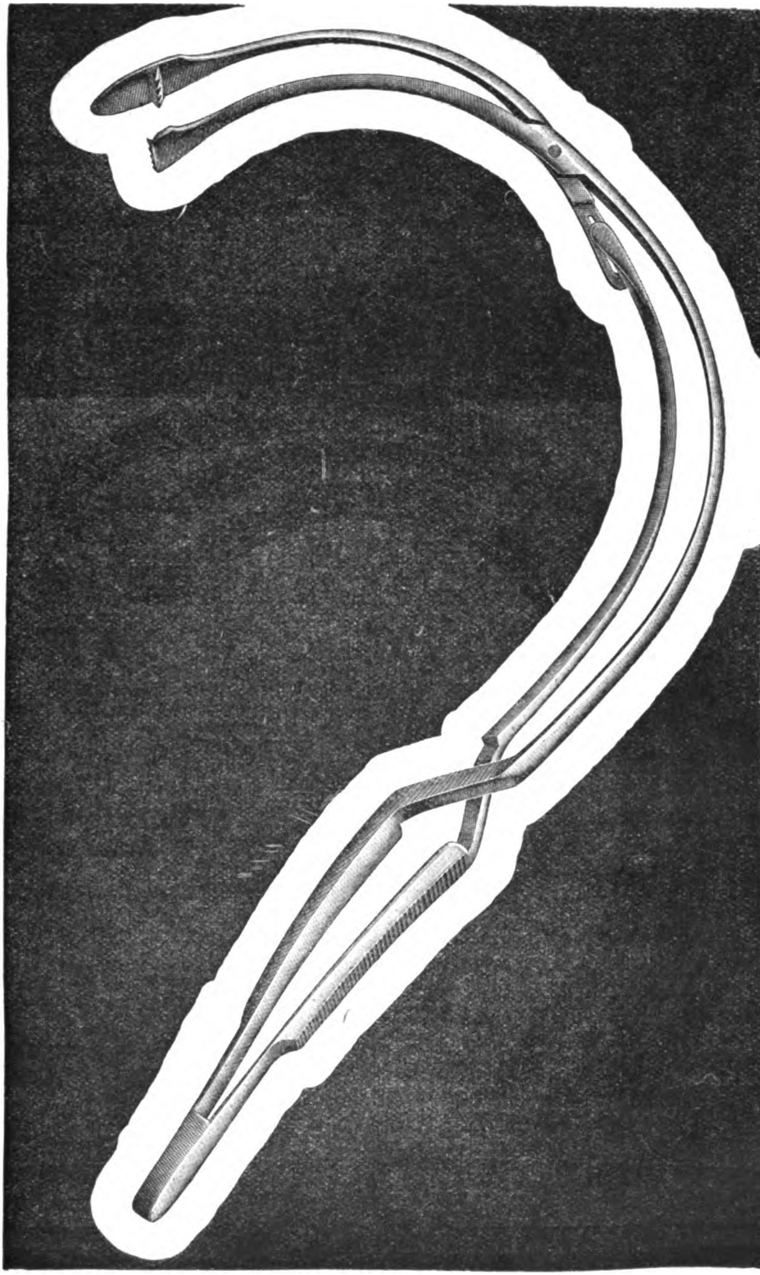
J'ai donné il y a deux ans, dans les *Annales*, un premier modèle de pince releveur de l'épiglotte, dont le principal défaut est de ne pouvoir être utilisé que dans un nombre limité de cas : c'est ce qu'auront remarqué aussitôt ceux de mes collègues qui ont essayé l'instrument : en effet, les deux mors de la pince-érigne étant de même longueur, il est évident que celui qui est le plus rapproché de l'opérateur ne sert qu'à repousser toujours plus en arrière l'épiglotte qui fuit devant le mors antérieur. Aussi la manœuvre ne réussit-elle que si l'on parvient à saisir latéralement l'épiglotte, ou si le sujet arrive lui-même à la relever un instant au moyen des exercices phonatoires connus, lesquels échouent le plus souvent pour peu que l'organe soit enroulé, ou rigide et infiltré.

Ensuite, l'instrument composé de deux parties séparées, une érigne et une pince, et même de trois, si l'on compte le fil supportant le poids, est certainement d'un usage peu commode.

Nous croyons avoir fait disparaître d'aussi sérieux inconvénients dans notre nouveau modèle en une seule pièce, d'un usage bien plus commode ; puis, chose essentielle, le mors antérieur, en forme d'ongle, dépasse d'un centimètre le mors postérieur, et ne porte par conséquent qu'au milieu de sa longueur la rangée de dents de souris : en outre, les deux mors sont légèrement creusés en cheneau dans le sens de leur longueur, de manière à épouser aussi parfaitement que possible la courbure transversale de l'épiglotte. Grâce à ce prolongement du mors antérieur, il n'est pas d'épiglotte, aussi couchée qu'elle soit, qui ne puisse être saisie facilement et

appliquée contre la base de la langue, par le seul poids de l'instrument qu'on laisse pendre hors de la bouche. Et cependant, quel que soit le degré de courbure de ma pince, que j'ai essayé de modifier de bien des façons, il arrive souvent que le mors antérieur forme avec l'épiglotte un angle obtus ouvert en avant, et dont le sommet fait suffisamment saillie dans la glotte pour gêner la vision parfaite. L'inconvénient est des plus faciles à surmonter ; il suffit pour cela qu'un aide soulève l'extrémité de la pince en exerçant en même temps une légère traction, comme s'il voulait repousser en avant la racine de la langue. Alors que tant d'instruments encombrent aujourd'hui notre arsenal thérapeutique, pourquoi n'existe-t-il pas de releveur de l'épiglotte ? Je n'en connais aucun, à part l'ancien modèle de Jurasz ; mais il est si peu pratique, qu'il me parait s'être borné à figurer dans les catalogues allemands sans avoir jamais trouvé d'emploi. Voltolini avait déjà essayé de relever l'épiglotte au moyen d'une tige coudée glissant en coulisse le long de l'instrument opérant : mais cette tige, tout au plus adaptable à une simple sonde exploratrice, ne peut être employée avec nos instruments modernes. Je sais bien qu'on peut charger un aide de soulever l'épiglotte avec une sonde recourbée, si l'instrument agissant, pince ou curette, ne suffit pas pour cela. Mais combien souvent la manœuvre, si simple en théorie, échoue parce qu'elle est aveugle, l'assistant n'étant pas dans le rayon visuel de l'opérateur ; et combien fréquemment, dans nos interventions les plus délicates, en sommes-nous réduits à y aller au petit bonheur, et après bien des hésitations que nous aurait épargnées une épiglotte suffisamment droite.

Si l'on veut seulement m'accorder que l'emploi d'un bon releveur est désirable dans beaucoup de cas, je puis affirmer qu'il est indispensable dans les interventions endolaryngées au galvano-cautère ; il n'est plus question ici de soulever l'épiglotte avec le cautère lui-même, lequel, quelle que soit la matière isolante employée, ne tarde pas à se surchauffer pendant les contacts prolongés qu'exigent d'énergiques interventions, telles que nous les pratiquons toujours plus sur les larynx tuberculeux.



Dans ces cas particuliers, quelle que soit la virtuosité opératoire d'un laryngologiste, je le défie de pouvoir se passer d'un releveur épiglottique, et, en proposant l'emploi de mon modèle, releveur et protecteur à la fois, j'espère rendre service à plus d'un confrère.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Othémathome de l'oreille droite, par VALENTIN (*Zeitsch. für Ohrenheilk.*, tome LI, n° 2).

L'origine traumatique de l'othématome est aujourd'hui généralement admise. Si l'othématome se trouve du côté gauche, la cause spéciale du traumatisme se laisse facilement deviner. Chez les lutteurs, l'othématome peut se trouver du côté droit également. Le professeur Miora a fait reproduire « l'oreille pankratiatique » du lutteur japonais. Déjà Winckelmann a attiré l'attention sur l'othématome dans les statues de Héraclès, Polydeukès et d'autres héros, comme par exemple le lutteur de Borghèse au Louvre de Paris. Valentin, qui a eu occasion d'assister à une fête de gymnastes populaire en Suisse, appelée la fête de Schwinger (lanceurs) a pu examiner 7 cas d'othématomes de l'oreille droite.

LAUTMANN.

Un cas d'autoplastie du pavillon de l'oreille après ablation d'un épithélioma, par GORIS (*Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et de rhinologie*, 10 février 1906).

Ulcération cancéreuse de la région moyenne du pavillon de l'oreille. Extirpation en triangle à sommet dirigé vers la conque. Rapprochement des deux lèvres de l'incision. Sur une surface cruentée restante, Goris reconstitue une surface épidermique en la couvrant d'une greffe épidermique prise sur le bras. En cas d'extirpation complète du pavillon, Goris propose de faire un ourlet curviligne au moyen de la peau rétro-auriculaire, pour imiter l'hélix, de tapisser la conque au moyen de greffes épidermiques, et peut-être plus tard de décoller du crâne ce nouveau pavillon.

A. HAUTANT.

Le pronostic de la méningite otogène, par le Prof. HEINE (*Berliner, Klinisch. Wochensch.*, n° 4, 1906).

Le temps n'est pas loin où le diagnostic de méningite équivalait

à une condamnation à mort; mais tous les condamnés ne mouraient pas et Quincke nous a appris que ceux qui échappaient étaient atteints de méningite séreuse. Körner a élargi cette vue en démontrant que la méningo-encéphalite séreuse n'était pas seulement guérissable spontanément mais aussi chirurgicalement.

Nos doutes commencent seulement quand il s'agit de méningite suppurée et là aussi nous pouvons distinguer entre la méningite suppurée circonscrite et la méningite diffuse. Là une division s'impose également : si la méningite généralisée est aujourd'hui au-dessus de notre pouvoir guérisseur, la méningite suppurée, encapsulée ou progressive, a été attaquée avec succès par différents chirurgiens. Malheureusement, le diagnostic différentiel est très difficile, la symptomatologie clinique ne permet pas cette distinction. Vouloir faire ce diagnostic par la gravité des symptômes observés conduirait à des erreurs fréquentes. Voici un exemple : Un homme a été opéré par Heine d'une suppuration de l'oreille moyenne et d'un abcès extra-dural situé dans la fosse cérébrale postérieure. Le malade allait bien après l'opération, il avait quitté le lit, ne se plaignait de rien, surtout pas de maux de tête ; tout au plus pouvait-on suspecter un peu de bizarrerie chez lui. Ainsi, par exemple, il se levait en pleine nuit et s'habillait avec les affaires de ses voisins. Un jour éclatent brusquement des symptômes qui font supposer un abcès du cervelet, retrouvé par l'opération. A la suite de l'opération la fièvre ne diminue pas et le reste des symptômes ne permettait pas de douter de l'existence d'une méningite. Peu de jours après le malade mourut. A l'autopsie, on trouva les deux hémisphères cérébraux vêtues d'une épaisse coque purulente. Sans aucun doute il s'agissait d'une méningite étendue, existant depuis longtemps sans aucune manifestation symptomatologique et devenue floride à la suite de l'opération. Pouvait-on, dans ce cas, faire un diagnostic d'après les symptômes cliniques seulement ?

Nous disons aujourd'hui que dans la méningite suppurée le liquide cérébro-spinal doit contenir non seulement du pus mais aussi des bactéries. Une preuve absolue de méningite suppurée n'est pas fournie de cette façon,car Voss a trouvé un pareil liquide dans un cas de thrombose du sinus. Mais si généralement par une pareille constatation la méningite suppurée est révélée, nous ne pouvons pas dire si elle est, pour employer les termes de Lexer, encapsulée, aiguë, progressive ou générale. Quitte à changer plus tard on peut dire aujourd'hui que si par la ponction on retire un liquide directement purulent contenant des bactéries, il s'agit de

méningite généralisée ou progressive, en tous cas de méningite non opérable.

Un cas de Kümmel pourrait en apparence faire exception à cette règle (Kümmel, *Verhandl. d. deutschen. Gesselsch. f. chirurgie,* 1905, p. 517). Un malade fait une fracture basale et une méningite des plus graves. La ponction lombaire donne du pus épais, Kümmel exécute des deux côtés de l'os occipital, empiétant sur les deux os pariétaux, une trépanation, large comme une pièce de 5 francs. L'arachnoïde s'est montrée très injectée et trouble (trub belegt), il s'écoulait une petite quantité d'un liquide suppuré trouble. Par les trous de trépanation on draine les fosses cérébrales postérieures. Le malade a guéri et Kummel considère son cas comme une contribution au traitement opératoire de la lepto-méningite suppurée diffuse, allant jusqu'à la queue de cheval. Heine n'est pas si optimiste et dit que le cas de Kummel permet une autre explication. D'après Heine, il pouvait s'agir d'une suppuration sous-durale de la base avec perforation dans le cavum sous-dural, capable de donner au liquide cérébro-spinal son apparence de pus concrété.

La curabilité de chaque cas dépend du genre et de la virulence du microbe. Voss a trouvé que sur 15 cas de méningite guéris, la suppuration a été occasionnée deux fois pas les diplocoques purs, deux fois par association de diplocoques avec d'autres bactéries, trois fois par les staphylocoques purs, trois fois on a trouvé du streptocoque mais Voss croit que dans un cas seulement la streptococcie a été nettement prouvée. Quant à la virulence, Schultze a trouvé que le peu de degré de la virulence se manifestait par la nécessité d'exposer les préparations pendant trente et quarante minutes aux colorants.

Pour résumer, on peut dire que la pronostic de la méningite séreuse peut être considéré comme favorable. De la forme encapsulée de la méningite suppurée des cas certains de guérison sont connus et probablement quelques cas aussi de la forme aiguë progressive. En tous cas, il est très probable qu'elle est guérissable. Le pronostic de la méningite suppurée généralisée est, d'après Heine, absolument défavorable. LAUTMANN.

Sur la position anatomique du sinus latéral, sa signification dans la chirurgie de la mastoïde, par FRANCISCO RUEDA (*Boletin de laryngologia, otologia,* etc. Madrid, février 1906).

En matière de trépanation de l'apophyse mastoïde, les auteurs

s'imaginent pouvoir déterminer au moyen de lignes idéales, et d'une façon mathématique, la situation des zones périlleuses, nerf facial, encéphale, sinus latéral. Et lorsqu'en cours d'opération il se produit un accident, ils s'en étonnent comme s'ils avaient trouvé une anomalie anatomique absolument exceptionnelle. L'auteur, dans le cours de ses opérations, a cependant trouvé huit fois le sinus en des zones où, à en croire la géographie anatomique, il ne devait point se trouver. En vérité, l'étude de cette région nous amène à proclamer cette unique vérité, c'est qu'il n'y a aucune loi qui puisse nous guider à coup sûr dans une intervention sur la mastoïde. Huit observations cliniques viennent étayer l'opinion de l'auteur. Dans la première, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'ottorhée chronique. Dès les premiers coups de gouge portés au lieu d'élection, on tombe sur le sinus latéral, et pour continuer l'opération il fallut creuser une fente sous l'épine supra-méatique pour arriver à l'antre. Le même fait se produisit chez une malade âgée de 50 ans et atteinte d'otite aiguë. Ici on tomba, dès le premier coup de maillet, sur un sinus qui baignait dans le pus. Dans un troisième cas, le sinus n'était séparé de la superficie que de quelques millimètres. Dans le quatrième cas, qui concernait un enfant atteint de suppuration chronique de l'oreille, avec perforation de la membrane de Shrapnell et paralysie faciale, force fut à l'opérateur de faire l'évidement en allant de la caisse à l'antre. En enlevant la gaze au quatrième pansement il se produisit une formidable hémorrhagie, le sinus s'était ouvert, l'hémorragie put être conjurée, mais une phlébite des sinus caverneux et pétreux vint peu de temps après enlever le malade. Le sixième cas qui concernait un malade atteint d'une suppuration vieille de plus de trente ans, et qui permettait de croire que la longue durée aurait pu produire par ostéite condensante une augmentation de l'épaisseur des parois osseuses, le sinus était également superficiel. Dans le sixième cas, même anomalie. Dans le septième aussi, mais chez ce malade se produisirent, en l'absence de phlébite du sinus, des phénomènes de pyohémie avec abcès dans la fosse supra épineuse et à la jambe. Le dernier cas est un cas d'autopsie. Il s'agissait d'un petit malade qui entra dans le service de Rueda, sans connaissance et avec un œdème palpébral. On posa le diagnostic de trombo-phlébite du sinus caverneux et à l'autopsie on trouva un cholestéatome. Le sinus latéral correspondait au siège classique de la trépanation.

Ainsi, ajoute Rueda, sur une statistique opératoire qui n'est pas encore très considérable pour les interventions sur la mastoïde,

j'ai rencontré huit fois le sinus, là où, suivant les règles classiques, il n'aurait pas dû être. — Rueda en conclut qu'en opérant sur la mastoïde, il ne faut pas employer d'instruments aveugles, comme le trépan, mais la gouge et le maillet, en ayant bien soin de reconnaître, chemin faisant, le terrain. De cette façon seule on pourra éviter la blessure du sinus, qui est bien souvent situé en dehors des limites que lui trace l'anatomie classique. — La procidence du sinus paraît dans bien des cas tenir à une augmentation de calibre de ce vaisseau, qui a pour corollaire la diminution du calibre du sinus opposé, d'où il s'ensuit dans le cas de blessure et de tamponnement, une gêne dans le drainage du sang veineux de la masse encéphalique. MOSSÉ.

Un cas de méningite et de thrombo-phlébite des deux sinus caverneux d'origine otique. Trépanation totale pénétrante du crâne. Drainage de la cavité arachnoïdienne. Mort, par RICARDO BOTEY (*Archives de rinologia*, *otologia*, etc. Barcelone, janvier-février 1906).

Il s'agit d'un malade de 33 ans, serrurier de son métier, que Botey examina pour la première fois en décembre 1905 pour une affection de l'oreille, qui remontait à trois mois au plus. Dans les antécédents de ce malade, on trouve, onze ans en arrière, la trace d'une otite aiguë parfaitement guérie. En septembre 1905, au retour d'une partie de chasse, le malade est pris de frissons, céphalalgie, vomissements, somnolence continuelle, fièvre, douleurs d'oreille, tout ceci avec un mauvais état général. Un spécialiste est appelé et il fait à deux reprises différentes la paracentèse du tympan sans amener la moindre goutte de pus. Ce n'est que quatre ou cinq jours plus tard que la suppuration apparaît. Très abondante à ce moment, elle diminue peu à peu en même temps que la douleur s'atténue et disparaît. L'otorrhée persiste cependant. Nous nous trouvons en ce moment au commencement de novembre. Le malade reprend son travail et il peut le continuer sans grande gêne jusqu'aux derniers jours de ce mois, où il est pris de violentes douleurs dans le fond de l'oreille, de nausées continuelles, de frissons violents, de céphalalgie fronto-pariétale avec exacerbations nocturnes intolérables. Le malade est taciturne mais point somnolent. La diminution de l'écoulement coïncide avec ces phénomènes. Au bout de huit jours, d'atroces souffrances pendant lesquelles le malade dépérit à vue d'œil, il se décide à consulter Botey.

Il souffre dans le fond et derrière l'oreille, et la douleur s'étend

à tout un côté de la tête, principalement dans la région frontale; elle est térébrante et s'exacerbe sous forme d'accès d'une violence extraordinaire qui durent quatre ou cinq heures et se répètent journellement. Toutes les nuits, frissons intenses. Abattement général : facies abruti et indifférent; plus d'appétit : pupilles légèrement dilatées; nystagmus horizontal, dans le regard du côté opposé : pas de nystagmus à l'état de repos des globes oculaires. L'apophyse mastoïde est douloureuse à la pression, principalement à la base, mais elle n'est point tuméfiée. Examen otoscopique : tympan légèrement congestionné; manche du marteau parfaitement visible, processus brevis saillant. Petite perforation au-dessous du pli postérieur, par laquelle sort une très petite quantité de pus de couleur claire; malgré les conseils de Botey, qui déclare l'urgence d'une intervention radicale pénétrante du crâne, la famille attend huit jours avant de s'y décider. A ce moment la prostration a encore augmenté, la langue est sèche et saburrale; l'infiltration rétro-auriculaire a augmenté et s'étend jusqu'à l'occiput, nausées continuelles, pupilles dilatées, anorexie complète. Plus de nystagmus. Temp. 38-4. Pouls 92. Respiration 28.

Opération. — Dès l'incision de la peau on trouve une grande quantité de pus fétide, épais, de couleur légèrement rosée et provenant du périoste et de l'occipital atteint d'ostéomyélite aiguë. La corticale mastoïdienne n'est cependant point perforée, mais à la région qui correspond à l'antre elle présente quelques fongosités. Trépanation au lieu d'élection. L'os est épais, compact et éburné. L'antre qui est profond présente une dilatation ampullaire au voisinage de l'aditus, et il contient un cholestéatome du volume d'un petit pois chiche. La paroi postérieure de l'antre est friable et perforée : elle communique avec le sinus transverse qui se présente sous un aspect fongueux et rougeâtre.

Il sort du pus par trois endroits différents : la paroi postérieure, l'antre et les cellules. On ouvre largement la mastoïde et l'antre, on fait une large brèche au niveau du sinus transverse et en arrière de ce sinus, ce qui met à découvert la face supérieure du golfe de la veine jugulaire, au niveau de la partie inférieure et postérieure de l'ouverture qu'on vient de prolonger. Résection de la moitié supérieure de la paroi postérieure du conduit auditif osseux et de la paroi externe de l'attique, ce qui permet de constater que malgré les lésions dont il vient d'être parlé, la caisse ne présente aucune altération importante. Le tympan est d'ailleurs presque intact. On enlève le marteau mais on ne trouve plus l'enclume.

Chlorure de zinc au 1/10 (sans ponctions cérébrales) au niveau

de l'abcès épidural. Autoplastie du conduit. Pas de points de suture. Pansement.

Au quatrième jour après l'opération, température à 39,3. Somnolence : parole embarrassée et pour la première fois apparition d'un œdème orbitaire et conjonctival de l'œil gauche avec une légère exophtalmie. Sur la région gauche de la nuque, tuméfaction dure et douloureuse. Langue sèche et fuligineuse. Cet ensemble permet de poser le diagnostic de méningite avec œdème cérébral, et de conclure en même temps à l'existence d'un abcès encéphalique. Aussi, sans plus attendre décide-t-on une nouvelle opération. Botey élargit l'ouverture de la brèche du côté de la fosse cérébrale moyenne à l'aide de la gouge et de la pince. Il en fait autant en arrière et en bas, et pousse la brèche jusqu'en arrière du sinus transverse. Ceci fait il, ponctionne ce sinus, au niveau de son premier coude, et le golfe de la veine jugulaire à son extrémité inférieure. Chacune de ces ponctions entraîne l'issue de sang veineux, facile et abondante. Avec un trocart, on ponctionne à travers le tegmen tympani, le lobule temporo-sphénoïdal à plus de trois centimètres de profondeur et en six directions différentes. Aucun résultat. Du côté du cervelet, et à travers la dure mère intacte, on fait quatre ponctions sans résultat non plus.

Au sixième jour, même état général, la persistance de l'œdème conjonctival avec rougeur de la paupière supérieure permet de diagnostiquer une phlébite du sinus caverneux. Sans l'aide du chloroforme, l'auteur agrandit l'ouverture crânienne, en arrière du sinus transverse, et après avoir fait deux nouvelles ponctions du cervelet, toujours sans résultat, il incise la dure-mère cérébelleuse en croix, incision qui donne issue à une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, légèrement trouble et mêlé à du sang noir qui vient du feuillet viscéral de l'arachnoïde, et qui met à nu la masse cérébelleuse qui est congestionnée et présente des arborisations vasculaires, turgescentes à l'extrême.

On place, à l'aide de très fines pinces, une mèche de gaze entre la dure-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde, ou plus exactement dans la cavité intra-durale (la gaze passant en arrière et en dedans du sinus transverse). On essaie ainsi de traiter la cavité arachnoïdo-cérebelleuse, siège d'une lepto-méningite diffuse.

A la suite de cette troisième intervention, le malade paraît légèrement amélioré : son esprit est plus éveillé, il n'a plus de délire, etc.). Mais dès le lendemain, à la suite d'une nuit extrêmement agitée, l'œdème conjonctivo-palpébral du côté droit fait son apparition, de telle sorte que les deux côtés sont également infiltrés ; du côté

gauche, l'infiltration est cependant plus étendue et a une tendance à gagner la joue. — Nouvelles ponctions de la dure-mère au-dessus du méat auditif et drainage à la gaze dans la direction de la cavité intradurale ou arachnoïdienne de la fosse cérébrale moyenne.

Au huitième jour. Temp. 39-7. Respiration Scheine-Stockes. Pouls 164. Délire violent. Agitation extrême. Toux rhythmique. L'œdème phlegmoneux des deux orbites s'étend à la face et du côté des temporaux, ce qui est dû à une thrombo-phlébite des deux sinus pétreux supérieurs et caverneux avec propagation aux veines ophtalmiques et à la capsule de Tenon. Quelques heures plus tard, et dans la même journée le malade succombe après avoir marqué une défervescence de la température au-dessous de la normale et avec un pouls très rapide et une respiration de Scheine-Stockes.

Ainsi, dans ce cas, il s'est agi d'une ostéite grave, à marche rapide et envahissante à cause de l'extrême virulence du germe producteur. Cette ostéomyélite, après avoir pris naissance sur la mastoïde, s'était propagée vers l'occipital, points dans lesquels une large intervention semblait en avoir eu raison. Mais l'affection se rallume dans la caisse, pour s'étendre vers la pyramide en suivant la face supérieure du rocher jusqu'à la face externe du sinus sphénoïdal, et sur les bords de la selle turcique, et de là au périoste orbitaire. Le même processus probablement entraîna une thrombophlébite du sinus pétreux inférieur et des sinus caverneux et coronaire avec extension à la veine ophtalmique du côté opposé.

MOSSÉ.

Paralysie faciale double d'origine otique, par le Dr BOTELLA (*Boletin de otologia, rinologia, laringologia*, décembre 1905).

Sous ce titre, Botella rapporte l'observation d'une malade présentée par lui à l'Académie de Médecine et de Chirurgie de Madrid. Il s'agit d'une fillette de deux ans, atteinte depuis plusieurs mois de suppuration auriculaire bilatérale et qui était, lorsqu'elle lui fut apportée à sa clinique du Buensuccesso, dans l'état suivant : Paralysie faciale gauche presque complète, conduit auditif plein de pus fétide, fistule rétro-auriculaire au lieu d'élection et à travers laquelle on percevait, avec un stylet, l'os carié. Au cours de l'intervention chirurgicale, aussitôt décidée, aussitôt acceptée, l'opérateur en décollant le périoste trouva un séquestre volumineux, long d'un centimètre et demi, large de deux, et épais d'un. Ce séquestre ainsi que les fongosités qui l'entouraient furent

extirpés ; le résultat opératoire obtenu parut excellent. La paralysie faciale disparut en quelques jours, et tout permettait d'augurer une guérison complète et rapide, lorsque l'enfant fut amenée au pansement avec une paralysie faciale complète du côté droit. L'oreille de ce même côté suppurait depuis la même époque que l'oreille opposée, mais comme il n'y avait, malgré une suppuration abondante et fétide, aucun signe de réaction de voisinage, Botella s'était proposé d'attendre la guérison de la première opération avant d'en tenter une seconde. En présence de cette complication, l'auteur ne voulut pas différer davantage et, dès le lendemain, il trouvait collé à la paroi postérieure du conduit auditif un séquestre volumineux (mais dont les dimensions étaient inférieures à celles du premier séquestre enlevé) qu'il mobilisa d'abord et extirpa ensuite. — Les conséquences opératoires ne furent point aussi heureuses qu'elles l'avaient été pour le côté opposé, puisque la paralysie persista de ce côté-là, et qu'elle persiste encore aujourd'hui, où les deux surfaces opératoires sont complètement cicatrisées.

Ainsi, d'un côté, *du côté droit*, mastoïdite bruyante, avec symptômes extérieurs très apparents, abcès sous-périostique volumineux et paralysie faciale. Opération, ablation d'un séquestre et des fongosités qui comprimaient le facial : guérison. — Du côté opposé — *du côté gauche* — mastoïdite qui évolue sourdement, processus morbide qui étend ses ravages sans réaction, paralysie soudaine, intervention immédiate, ablation du séquestre, et cependant, malgré cette rapidité d'action, la paralysie persiste, et les espérances d'une guérison sont bien incertaines.

MOSSÉ.

Le cholestéatome de l'oreille, par de STELLA (*Revue hebdomadaire de laryng. otologie et rhin.*, 6 janvier 1906).

Stella admet la division de Politzer et de Barajas en faux et vrai cholestéatome. Le faux cholestéatome est dû à la prolifération et à la desquamation, sous l'influence de la suppuration, de l'épiderme du conduit auditif externe qui passe par une perforation du tympan jusque dans la caisse. Le vrai, est un endothéliome. Le début de l'affection est insidieux et latent, avec peu de symptômes subjectifs, si bien qu'il paraît survenir inopinément des complications graves sinusiennes ou cérébrales. Quoique le pronostic en soit sérieux, Stella estime que Politzer a exagéré le danger des récidives après opération. Il pense également que le

cholestéatome ne possède pas une fétidité spéciale comme le dit Lucæ. Le traitement est l'antro-atticotomie avec fermeture de la plaie rétro-auriculaire et pansement à l'acide borique, sans se laisser influencer par le pessimisme de ceux qui, craignant une récidive presque fatale, tiennent longtemps béante l'ouverture rétro-auriculaire. Une observation termine cet article.

A. HAUTANT.

Traitement des otites suppurées par l'hypérémie congestive, par Keppler (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome L, n° 3).

La méthode de Bier à peine essayée a été vite délaissée dans le traitement des suppurations de l'oreille. Ce n'est pas à cause de la difficulté de la technique, car un simple lien autour du cou comprimant les grands vaisseaux suffira pour amener la réaction nécessaire. Un ruban de caoutchouc large de 0m,03 est appliqué autour du cou du malade sous légère pression, faisant un seul tour. Si la peau du cou est très sensible on peut mettre entre peau et caoutchouc une petite bande fine, précaution qui se recommande surtout pour la région de la nuque. Henlé emploie un tube creux qu'il fait insuffler au malade par la bouche pour éviter l'effet local de la compression. Mais cet appareil n'est pas pratique.

Généralement, le malade supporte bien la constriction. Si les douleurs existant augmentent, il faut desserrer la bande. La constriction est suffisante si le facies du malade devient bleu rougeâtre et s'il paraît légèrement tuméfié. S'il existe des complications du côté de la mastoïde, on voit bientôt se développer un œdème rouge feu derrière l'oreille. Une certaine tuméfaction, une sorte d'œdème se développe assez vite et arrive jusqu'au lien. Le degré de cet œdème peut varier entre une tuméfaction légère et une boursoufflure pendant en vrai sac sur le lien.

On laisse le lien de 20 à 22 heures, exceptionnellement moins longtemps. En cas d'amélioration, on diminue la durée (10 à 12 heures) mais on renonce à son emploi seulement longtemps après a guérison assurée. On peut dire que l'hypérémie n'a aucun effet nuisible même chez les artério-scléreux.

Sous la constriction on voit quelquefois les parties enflammées doubler leur volume mais bientôt revenir à leur état normal. La sédation de la douleur est une preuve nette de l'indication et de l'exécution régulière de ce procédé. Si la paracentèse est indiquée, elle n'est pas rendue évitable par la constriction. De même si le

moindre soupçon de rétention de pus dans l'apophyse mastoïde existe, il faut faire une incision. Cette incision est généralement petite et correspond à peu près à un Wild rudimentaire. Une simple couche de gaze et une expression vigoureuse de la plaie constituent tout le traitement consécutif.

Ici l'auteur donne l'observation détaillée des cas aigus et chroniques soignés d'après la méthode. A la lecture de ces observations, on a l'impression que la méthode, bonne dans les cas aigus, est tout au moins insuffisante dans les cas chroniques. Nous croyons que l'auteur, assistant à la clinique Bier, juge encore plus sévèrement que nous la méthode de son maître quand il dit : « Les résultats de l'hypérémie congestive dans les cas chroniques n'ont pas été brillants et ne supportent pas la comparaison avec ceux obtenus dans les cas aigus ». Et un peu plus loin il dit : « Nous ne possédons aucune preuve que la mastoïdite chronique est guérissable par ce procédé ; mais la possibilité d'une pareille guérison ne peut pas être niée... Il est vrai que les résultats obtenus dans les cas chroniques ne sont pas encourageants, et nous ne savons pas si nous devons conseiller d'essayer de nouveau ce procédé. Dans les cas de mastoïdite aiguë, le traitement par l'hypérémie peut être chaudement recommandé. »

LAUTMANN.

Antrotomie et opération radicale sous anesthésie locale, par NEUMANN (*Zeitch. für Ohrenheilk.*, tome XVII, n° 3).

Après un résumé historique de la question, qui du reste gravite entre les deux noms de Schleich et de Neumann, l'auteur nous donne les indications pour l'anesthésie locale. Sont indiqués pour l'anesthésie locale tous les cas où il *il n'existe pas d'abcès sous périostal.* Elle est surtout indiquée dans les cardiopathies non compensées, dans la tuberculose très avancée, dans le diabète, dans la néphrite. Elle est contre-indiquée chez les nerveux.

La technique s'appuie en somme sur le précepte de Reclus. A la cocaïne Neumann ajoute l'adrénaline. Son mélange se compose de 0gr,05 à 0gr,06 de cocaïne + 10 à 15 gouttes d'adrénaline. Cette quantité est injectée en huit et dix seringues. De sorte que son mélange se compose aujourd'hui de :

5 centimètres cubes de solution de cocaïne à 1 %.
\+ 12 gouttes d'adrénaline.
3 centimètres cubes de sérum physiologique.

La solution ne doit pas être bouillie mais chauffée à la température du corps. Il est indifférent dans quel ordre on injecte, pourtant on commencera l'injection là où l'on commencera l'opération. L'injection doit être sous-périostale et sera facilement exécutée avec des seringues ordinaires ou avec une seringue spécialement construite par Reiner. On attend 10 à 15 minutes et on commence l'opération. Pendant l'opération, les malades doivent être divertis. Des opérés de Neumann, plusieurs ont fumé des cigarettes pendant l'antrotomie.

Pour exécuter la radicale sous anesthésie locale, il faut combiner la méthode précédemment décrite avec la méthode indiquée pour l'extraction des osselets (*Annales*, tome XXXI, p. 622). Il faut pour cette opération 12 à 14 centimètres cubes de la solution anesthésiante. On prendra 7 à 8 centimètres cubes de la solution de cocaïne à 1 °/₀ + 15 gouttes d'adrénaline et 5 à 6 centimètres cubes de sérum physiologique. Quant à l'ordre des injections, il faut injecter en dernier à l'endroit où l'opération se terminera, ainsi l'injection du conduit sera faite après l'injection de l'apophyse. La pointe et la paroi antérieure de l'apophyse demandent à être soigneusement anesthésiées. Il faut se méfier de perforer la paroi postérieure du conduit et d'injecter dans le conduit.

Quand on a terminé l'anesthésie de l'apophyse il faut injecter quatre seringues là où le conduit cartilagineux se continue dans le conduit osseux. Ces quatre injections iront parallèlement aux parois du conduit. Il faut attendre 10 minutes après les injections pour commencer l'opération. Si on a trop perdu de temps avec l'anesthésie du conduit, on peut commencer tout de suite l'ouverture de la mastoïde.

Neumann et Alexander ont exécuté plus de vingt radicales sous anesthésie locale avec le meilleur succès. Durant toute l'opération d'une radicale, le malade n'accuse aucune douleur, excepté quand on curette la trompe. Il est impossible, même avec un tampon trempé dans une solution de cocaïne à 20 °/₀, d'anesthésier cet endroit. Mais cet inconvénient est mince.

L'anesthésie a duré quelquefois plus d'une heure un quart. On travaille presque comme sur les cadavres. On fait une seule ligature, celle de l'auriculaire inférieure. Pas d'hémorrhagie secondaire, ni aucune suite fâcheuse. L'auteur fait suivre son travail de vingt observations d'opérations exécutées en partie par Politzer, par Alexander, par Neumann et par des élèves du service.

LAUTMANN.

Isoforme dans les soins consécutifs à la radicale, par HEINE (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome XVII, n° 3).

C'est un nouveau produit destiné à remplacer l'iodoforme. D'après Heine, on peut chaudement le recommander dans les pansements de la radicale. A ce qu'il paraît, il réalise ce qui a été un pieux désir jusqu'à présent : il réfrène la formation des granulations, diminue la sécrétion, empêche la transformation de la sécrétion en pus et aide puissamment l'épidermisation. L'auteur se sert d'une gaze à 3 %. Il commence ses pansements par la gaze iodoformée qu'il remplace par la gaze à l'isoforme quand l'os commence à se recouvrir de granulations. Il faut changer tous les jours le pansement qui développe une odeur agréable rappelant celle de l'anis. LAUTMANN.

Paralysie faciale consécutive à la mastoïdite de Bezold, par BARTH (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome L, n° 3).

La paralysie du facial dans la mastoïdite suppurée n'est pas rare, Körner évalue sa fréquence à 4 % de toutes les mastoïdites. Quoique supposant la possibilité de cette paralysie à la suite d'une mastoïdite de Bezold, Körner semble ne pas avoir rencontré un cas parmi ses malades et, chose curieuse, Bezold en décrivant sa maladie ne mentionne même pas cette complication. Notre auteur a rencontré un cas où une mastoïde de Bezold typique était compliquée d'une paralysie faciale. L'opération a pu démontrer que le nerf facial, intact dans la caisse, était lésé seulement après la sortie du trou stylo-mastoïde. Dans la mastoïde, il n'y avait pas de pus, à peine quelques granulations, l'antre était libre, aucune lésion sur la paroi médiane de la caisse. Force était d'admettre que le facial était comprimé par l'abcès extra-mastoïdien. Aussi la guérison ne tarda pas à se faire après ouverture de l'abcès.

LAUTMANN.

Contributión au traitement opératoire de la méningite suppurée par HINSBERG (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome L, n° 3).

En 1901, on connaissait seulement 3 cas de méningite otogène où, après incision de la dure-mère, un foyer circonscrit de la pie-mère a été vidé et la méningite a pu guérir. Depuis ce temps-là, les publications des cas cliniquement considérés comme méningite avec bactéries dans le liquide cérébro-spinal, et guéris par

simple ouverture de la mastoïde, avec ou sans ponctions lombaires, ont sensiblement amélioré le pronostic de la méningite. A ces cas-là, il faut ajouter les cas authentiques de méningite consécutive à la fracture de la base du crâne et guéris par l'opération (Poirier, Witzel), et celui de Luc, de méningite consécutive à l'extirpation d'une tumeur du sinus frontal, et celui de Barth où une suppuration des méninges de la moelle a guéri par incision de la dure-mère. Mais le plus intéressant de tous les cas est celui de Kümmel, parce qu'il prouve qu'une méningite grave, diffuse, cérébro-spinale, reconnue par ses symptômes cliniques et par le résultat de la ponction lombaire, est encore accessible au traitement chirurgical. Voici cette observation. Un homme de 33 ans fait, le 24 décembre 1904, une chute sur l'occiput. Perte de connaissance momentanée. Pendant deux jours, le malade se trouve bien, il s'écoule seulement du liquide cérébro-spinal par le nez. Le troisième jour, vertige, céphalée, bourdonnements d'oreilles et surdité à droite.

A l'examen du malade reçu le 30 décembre à l'hôpital, pas d'autre phénomène objectif, surtout pas de lésion du tympan. Diagnostic : fracture de la base du crâne passant par la lame criblée et l'ethmoïde. Le jour suivant, température 40, coma, rigidité de la nuque, strabisme ; ponction lombaire ramène 20 centimètres cubes de liquide purulent épais. Même état le 4 janvier quand on procède à l'opération sans anesthésie. Trépanation de la largeur d'une pièce de 5 marks de l'occiput des deux côtés. Excision de la dure-mère et évidement d'une petite quantité de liquide louche. Introduction de deux tampons draineurs, reposition et suture de trois lambeaux ostéo-cutanés. Amélioration sensible les jours suivants. Apyrexie cinq jours plus tard, mais paralysie du facial gauche. Dix jours plus tard, agraphie et aphasie. Trois semaines plus tard, le malade répète toujours le même mot. Au milieu de février le malade est complètement guéri.

Nous avons tenu à donner en détail cette observation qui a été souvent citée (dans les *Annales* également). Malgré sa belle apparence de méningite guérie, le diagnostic n'est pas au-dessus de tout doute parce que les cultures faites avec le pus du liquide cérébro-spinal et le sang sont restées stériles.

En résumant, Hinsberg arrive à trouver au moins 10 cas de méningite suppurée guéris par le drainage de la cavité sous-arachnoïdale. Aujourd'hui, un an après la publication de son travail, Hinsberg aurait pu ajouter au moins 3 nouveaux cas. En conséquence, Hinsberg ne considère plus la méningite diffuse comme contre-indication pour une intervention chirurgicale. Rien de plus juste

d'essayer d'abord la ponction lombaire qui peut amener la guérison, comme l'a montré Gradenigo. Mais si elle échoue, on n'est plus en droit de laisser mourir le malade sans essayer d'ouvrir la cavité sous-arachnoïdale.

Les difficultés techniques sont énormes et augmentent si la méningite est de cause auriculaire, parce que l'infection attaque non pas la convexité, mais bien au contraire la base du cerveau. Un succès est possible si la méningite s'est arrêtée dans la fosse cérébrale moyenne ; mais si le foyer méningé se trouve à la base du cervelet, le malade peut être considéré comme perdu. Pour l'opération de ces cas malheureux il faudra s'inspirer de l'observation Kümmel et essayer de drainer sur le point le plus déclive.

Le succès d'une opération bien conduite est menacé par une complication difficile à éviter : le prolapsus du cerveau qui, même plusieurs semaines après une opération réussie, peut tuer le malade par une méningite secondaire de complication.

LAUTMANN.

Nouvelles constatations sur la tuberculose de l'apophyse mastoïde chez l'enfant, par HENRICI (*Zeitsch. für Ohenheilkunde*, tome LI, nº 2).

Dans le tome XLVIII de la *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, Henrici a publié un article dans lequel il trouve que la mastoïdite chez l'enfant est très souvent d'origine tuberculeuse. Cette tuberculose est de nature hématogène avec localisation primaire dans l'os. L'infection par la muqueuse de la caisse à la suite d'une otite étant infiniment plus rare. C'est une affection relativement bénigne, avec d'excellentes chances pour l'intervention chirurgicale. Dans la plupart des cas, il suffit d'une résection étendue de la mastoïde sans que l'on ait à attaquer la caisse. Le diagnostic ne pourra se faire que par examen microscopique. La mastoïdite tuberculeuse ayant macroscopiquement l'aspect d'une mastoïdite banale.

Dans la nouvelle série, l'auteur communique aujourd'hui un cas de mastoïdite double consécutive à la scarlatine, qui d'un côté était due au bacille de Koch et de l'autre au streptocoque. L'enfant est guéri à la suite d'une double intervention.

Dans un 2ᵉ cas, un enfant de 10 mois, atteint de mastoïdite tuberculeuse a très bien supporté la résection de la mastoïde, mais il est mort des progrès d'une tuberculose intestinale et cérébrale. Dans un autre cas, un enfant de 8 ans, atteint de tuberculose osseuse multiple, était porteur dans l'apophyse mastoïde gauche

d'une fistule qui conduisait dans un petit foyer de granulation. Ce petit foyer excepté, tout l'os était intact, preuve manifeste que le foyer tuberculeux était dû à une tuberculose hématogène. Deux autres cas sont intéressants parce que la dure-mère et le sinus étaient couverts de nodules tuberculeux.

En compulsant toutes ces observations, l'auteur se voit confirmé dans les conclusions sus-mentionnées. LAUTMANN.

Contribution à l'anatomie pathologique de l'appareil auditif, par BRUHL (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde.*, tome L, n° 3).

Bruhl continue la recherche histologique de l'appareil auditif normal et malade. Aujourd'hui, il décrit minutieusement l'aspect microscopique d'une ankylose de l'étrier et un commencement d'atrophie de l'acoustique. Deux micro-photogrammes.

LAUTMANN.

L'aqueduc du vestibule comme voie d'infection, par BŒSCH (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome L, n° 4).

Dans un tiers des cas le chemin par lequel l'infection, partant du labyrinthe, a gagné la cavité crânienne, est constitué par l'aqueduc du vestibule. En fréquence, ce chemin se place tout de suite après le conduit interne et dépasse beaucoup, comme importance, celle des fistules des canaux circulaires. L'aqueduc du limaçon est, d'après la statistique, la voie la moins souvent prise, quoique celle qui, d'après les conditions anatomiques, paraisse la plus importante. Entre l'infection du labyrinthe et l'infection de la grande cavité crânienne se pose l'infection du sac endo-lymphatique, l'empyème du sac endo-lymphatique, comme on l'appelle en Allemagne, ou abcès inter-dural, d'après Jobson Horne, d'après sa position anatomique dans un repli de la dure-mère. A part 2 cas où l'infection du sac s'est faite directement de l'antre sans participation du labyrinthe et de l'aqueduc, le pus a toujours pris son chemin vers le sac endo-lymphatique à travers le labyrinthe et l'aqueduc du vestibule.

L'infection du sac endo-lymphatique est donc toujours d'origine labyrinthique et est, comme l'infection du labyrinthe, d'une évolution torpide. Elle a deux complications comme conséquences : l'abcès extra-dural et l'abcès du cervelet. La trombo-phlébite est plutôt une conséquence de l'abcès extra-dural que de l'empyème du sac, quoique Körner prétende que le sac endo-lymphatique

puisse s'ouvrir dans la paroi sinusale. L'abcès du cervelet est plus fréquent comme complication de l'empyème du sac et s'observe dans plus de la moitié des cas.

Le diagnostic de l'emypème du sac est excessivement difficile à faire. D'après ce qui précède, on voit que deux conditions sont nécessaires : évolution lente de l'otopathie et infection sûrement établie du labyrinthe. Il est regrettable qu'on ne puisse pas faire un diagnostic plus précis, car comme Jansen dit : « Le sac est situé dans un endroit anatomiquement bien connu, et chirurgicalement d'accès facile. Comme l'empyème du sac atteint toujours un certain volume et peut arriver jusqu'au sinus, il n'est pas impossible d'admettre que le trocart de ponction ou le bistouri de l'opérateur puisse aller directement sur cet empyème. »

L'opération, si par chance le diagnostic pouvait se faire, serait donc la suivante : incision cutanée en forme de T couché, ouverture de la mastoïde, trépanation de la fosse cérébrale postérieure, mise à nu du sinus sigmoïde, introduction du doigt dans la brèche pour repousser le sinus avec le cervelet, séparation de la dure-mère de la paroi postérieure du rocher jusqu'à ce qu'on arrive dans une profondeur de $0^m,03$ à peu près sur le sac. S'il est rempli de pus, le doigt palpant le trouvera facilement.

Ce travail très fouillé de l'auteur est accompagné d'un tableau comparatif résumant les observations dans lesquelles l'aqueduc du vestibule a été reconnu comme voie d'infection. Dans un deuxième appendice est réunie la littérature de ce chapitre.

LAUTMANN.

Un cas d'hémorragie de l'oreille interne causée par la leucémie. Considérations anatomo-pathologiques, par KOCK (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome L, n° 4).

Un malade hospitalisé depuis quelque temps pour de la leucémie a une expectoration sanguinolente passagère. Un jour, l'état général déclinant, il se plaint de vertiges. Une semaine plus tard, il accuse des bourdonnements d'oreilles. Examiné à ce moment, le malade est trouvé atteint de surdité labyrinthique droite. Deux jours après cet examen, le malade est complètement sourd. Quelques jours après, le malade meurt. A l'autopsie on trouve une leucémie nette, absolument caractéristique. Les pièces provenant de l'oreille ont été examinées au microscope par Kock qui a trouvé les lésions suivantes (résumées) : hémorrhagie étendue du limaçon, plus forte à droite, la scala vestibulaire et tympanique remplie de sang, le

ductus cochléaire rompu presque partout, surtout par déchirures de la membrane de Reissner, hémorrhagie dans le vestibule, surtout dans l'espace péri-lymphatique, dans les canaux circulaires, l'espace péri-lymphatique rempli de sang, de même des hémorrhagies sur différents endroits de la caisse, dans le canal musculo-tubaire traces d'ancienne hémorrhagie avec organisation commençante.

On connait de longue date des complications auriculaires comme symptômes de la leucémie (Widal, 1856). C'est Politzer le premier qui, en 1884, a présenté des pièces provenant d'un leucémique qui, onze mois avant sa mort, a montré les symptômes de Ménière. Sur les pièces on ne voyait nulle part trace d'hémorrhagie; mais au contraire un tissu osseux et fibreux de néo-formation et des plaques leucémiques.

Plus tard sont venues d'autres observations montrant des hémorrhagies et des exsudations lymphoïdes. Aujourd'hui on considère l'exsudation lymphoïde et les hémorrhagies comme caractéristiques de la leucémie. La discussion est seulement ouverte pour les tissus de néo-formation. Considérer ces tissus de néo-formation comme quelque chose de caractéristique pour la leucémie paraît une opinion erronée. Il est vraisemblable que ce tissu doit son existence à l'organisation du sang épanché. Dans notre cas, on voyait nettement un commencement de formation du tissu osseux dans le canal musculo-tubaire où l'hémorrhagie a probablement débuté et où le sang extravasé a eu le temps de s'organiser.

La littérature allemande de cette question est rapportée par l'auteur.

LAUTMANN.

NÉCROLOGIE

SARREMONE

SARREMONE (de Paris) vient de mourir à l'âge de 38 ans.

Il disparaît sans avoir eu le temps de donner sa mesure; car les mémoires, déjà classiques en France, qu'il a publiés sur le *Traitement des déviations de la cloison nasale*, sur l'*Anesthésie par le bromure d'éthyle*, etc., ne sont que les reflets de l'enseignement qui lui a été donné à la clinique de ses maîtres, LUBET-BARBON et Alfred MARTIN; on y retrouvera le bon sens pratique et le souci de la simplicité opératoire qui caractérisent leur école.

Sarremone était, parmi leurs élèves, un des meilleurs et des préférés.
La maladie implacablement progressive qui, depuis quelques années, annihile tant de cerveaux surmenés dans la médecine, l'a frappé très tôt. Mais Sarremone a eu cette chance que les coups lui aient été portés forts et rapides ; et c'est une consolation de savoir que si sa fin précoce a donné des regrets à ses amis, elle ne lui a pas laissé le temps d'en avoir pour lui-même.

M. Lermoyez.

NOUVELLES

Le Prof. A. Hartmann est nommé directeur du service oto-rhino-laryngologique du nouvel hôpital Rudolf Virchow, à Berlin.

Le privat-docent Piffl (de Prague) est nommé professeur extraordinaire.

Le privat-docent Stenger (de Königsberg) est nommé professeur extraordinaire.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Contributo allo Studio dei Tumori da Granulazione della pars anterior septi Nasi detti « polipi emoragici » (Extr. de la *Pratique oto-rhino-laryngologique*, Rancati, éditeur, Milan, 1906).

Uber das endoscopische Bild der Trachea und Bronchieu, par V. Schrötter-Fischer, Iéna, 1906.

Submucous excision of Deviationes and spures of the nasal septum, par Saint-Clair Thompson, Londres, 1906.

Benzoealyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (*Voir aux Annonces*).

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

CANULE A TRACHÉOTOMIE TOMBÉE DANS LA BRONCHE DROITE

Par **M. JABOULAY**, (1)
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les corps étrangers des bronches étant des accidents d'observation heureusement rare, il n'est pas sans intérêt pour vous d'apprendre, à propos d'un cas récent du service, et leur gravité propre, et les ressources thérapeutiques que peut nous offrir la bronchoscopie, leur traitement de choix à l'heure actuelle.

Le 13 juin dernier, rentrait dans notre service, un homme de 59 ans, fort et robuste, en nous disant qu'il avait aspiré, la veille au soir, sa canule de trachéotomie. Très calme, sans dyspnée à son entrée, intelligent et fort peu inquiet de son état, il fournissait tous les renseignements désirables sur ses antécédents et l'accident récent qui l'amenait à l'hôpital.

Il aurait été trachéotomisé il y a quatre ans, pour des accidents dyspnéiques datant d'un mois, et dès lors se serait condamné au port de sa canule sans interroger son ancien chirurgien sur l'opportunité de cette mesure, sans faire vérifier son appareil. Il se contentait d'en nettoyer quotidiennement l'intérieur avec la canule interne ou un écouvillon. C'est au cours d'un de ces nettoyages, que, la veille au soir, la canule externe rouillée s'est cassée presque au ras de la plaque fixatrice et a pénétré dans la trachée, malgré les efforts du malade pour la ressaisir. Vous retiendrez qu'aucun symptome grave n'a marqué la chute du corps étranger dans les voies aériennes ; le

(1) Leçon faite à la clinique chirurgicale de Lyon.

malade n'a ressenti qu'un peu de chatouillement et un accès de toux passager ; n'éprouvant aucune dyspnée, il attendit au lendemain pour entrer à l'hôpital.

En présence de la netteté de ce renseignement, et malgré l'apparente bénignité du cas, il fallait s'occuper au plus tôt de préciser le siège du corps étranger, avant de discuter les moyens de l'extraire. Le diagnostic de l'affection primitive pour laquelle le malade avait été trachéotomisé passait au second plan. *A priori*, toutes les présomptions étaient en faveur de la syphilis. Il ne s'était point agi d'accidents aigus, tels que l'œdème ou un corps étranger du larynx. La tuberculose laryngée se fût accompagnée de douleurs, d'aphonie, et d'un tout autre état général ; un cancer simplement trachéotomisé n'eût pas permis une aussi longue survie. Donc, la syphilis seule, dont pourtant nous ne trouvions ni antécédents, ni stigmates, pouvait expliquer une aussi longue lésion avec un aussi bon état général. Mais, je vous le répète, ces considérations étiologiques étaient secondaires ; le laryngoscope nous était bien moins utile pour préciser la nature de la lésion ancienne que pour déterminer l'existence et le degré d'une sténose actuelle du larynx, considération intéressant, comme nous le verrons, la voie à suivre pour l'extraction du corps étranger.

Au premier examen de notre malade, qui, dès son entrée, présentait, avec une dyspnée modérée, 39°,5 de température, ce qui frappait immédiatement l'attention, c'était la différence de respiration entre les deux côtés de la poitrine. Tandis qu'à gauche le murmure vésiculaire était normal, il était, à droite, réduit considérablement d'intensité, sans souffle ni bruits surajoutés d'aucune sorte, cette différence notable se poursuivant dans toute la hauteur du poumon, du sommet à la base. Il y avait là un signe important de migration de la canule dans la bronche droite ; et, malgré le peu de symptomes réactionnels au lendemain de l'accident, nous étions, par ce premier examen, corroboré par l'exploration superficielle négative de la plaie, à peu près certains de notre diagnostic topographique.

Vous vous souviendrez, d'ailleurs, que c'est dans la bronche droite que descendent presque toujours les corps étrangers franchissant la bifurcation bronchique. Il y a à cela des rai-

sons anatomiques et physiologiques : anatomiquement, la bronche droite est plus volumineuse et plus verticale, continuant presque l'axe de la trachée ; physiologiquement, le poumon droit est plus important, la force inspiratoire doit donc être plus considérable de ce côté-là. Il nous fallait maintenant renforcer, par tous les moyens possibles, notre présomption clinique. La situation ne pressant pas immédiatement, nous devions mettre à notre profit tous les procédés d'investigation.

Nous nous sommes fait montrer tout d'abord les pièces à conviction : elles consistaient : 1° dans la canule interne, du type ordinaire, légèrement courbe et mesurant 6 centimètres sur 7 millimètres ; 2° dans la plaque de la canule externe sur laquelle on pouvait voir, moins de 1 centimètre en dessous, le trait de cassure dentelé ; le fragment détaché devait donc mesurer 6 centimètres sur 8 à 9 millimètres environ. Cette canule était en maillechort, par conséquent insensible à l'aimant ; elle pouvait, par contre, se dessiner très bien à la radioscopie. Nous avons prié M. Barjon de vouloir bien y procéder. L'épreuve qu'il nous a remise, nous a montré, avec la plus grande netteté, le corps étranger diagnostiqué, avec les contours et les dimensions voulus. La canule occupait effectivement la bronche droite, ou la branche moyenne de bifurcation de celle-ci, peu distante de la bifurcation trachéale par son extrémité supérieure (15 centimètres de la fourchette sternale environ). Elle avait la direction de la bronche droite très légèrement oblique en bas et en dehors, affleurant le bord sternal par son bout supérieur, distante de lui d'un bon travers de doigt à sa partie inférieure. Verticalement, la canule se projetait sur le second espace et la 3° côte.

En vingt-quatre heures nous voilà donc armés d'un diagnostic précis, mais non point pour cela d'un outillage approprié et de l'instrumentation délicate de la bronchoscopie. Il faut pourtant agir, car notre malade a eu successivement 39°,2 à son entrée, 38° le soir et 39°,5 le matin suivant. Il expectore, par la plaie trachéale, un liquide spumeux en grande quantité ; signes avant-coureurs de la broncho-pneumonie qui le guette. Nous allons donc tenter une extraction directe, quitte à nous outiller aussi rapidement que possible en cas d'échec.

Mais tout d'abord notre malade respire moins bien aujourd'hui ; dès qu'il renverse la tête en arrière (position nécessaire pour les examens), il étouffe, car l'orifice de la trachéotomie comblé de polypes s'est, en outre, rétréci depuis le départ de

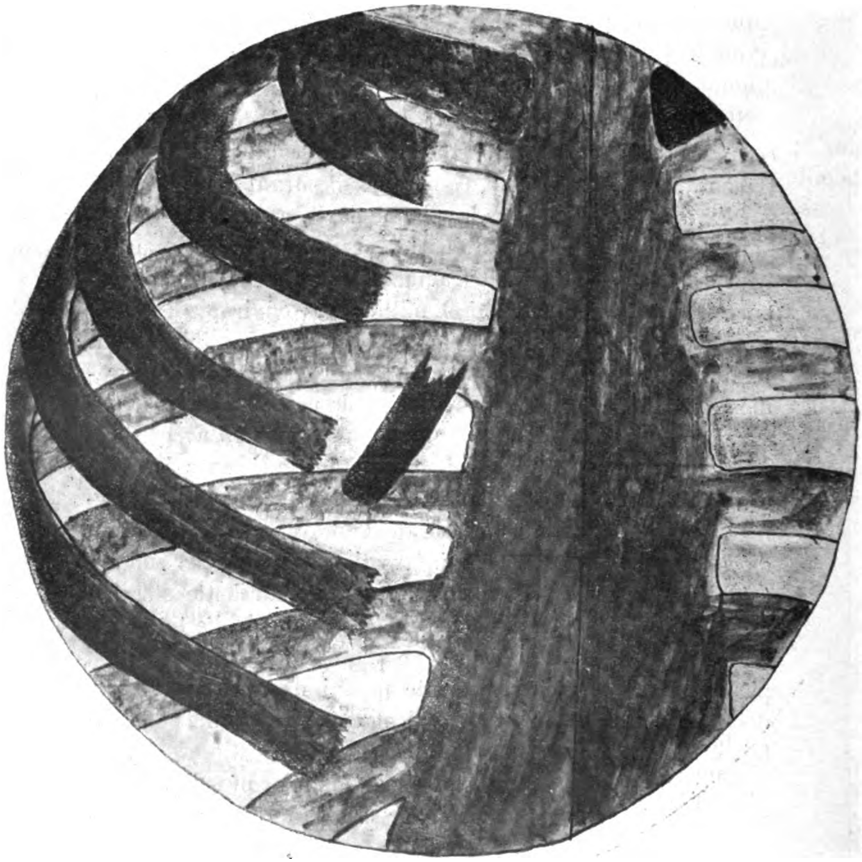


Fig. 1

la canule. La première chose à faire est donc d'agrandir la plaie, de refaire la trachéotomie en débridant du côté du sternum.

Ceci fait, nous tentons alors, toujours sous anesthésie et prudemment, une exploration au stylet qui reste négative. Puis des tentatives d'extraction à l'aide de pinces droites et courbes ; mais, malgré les données de la radiographie, nous ne parvenons ni à extraire, ni même à sentir le corps étranger.

On ne peut pourtant, dans cet état, ajourner ce malade de plusieurs jours, à huitaine peut-être, sans tenter encore quelque chose pour lui. Nous nous proposons alors de procéder par voie thoracique, non point à l'extraction directe par bronchotomie, mais à l'exploration, puis au refoulement du corps étranger au devant d'une pince trachéale.

Vous retiendrez, en effet, que nous entendons ici proscrire, à l'heure actuelle du moins, toute tentative de bronchotomie. Tous les essais de ce genre sont demeurés jusqu'ici incomplets, ou ont été fatals ; et nous aurions peine à choisir théoriquement entre la bronchotomie par voie antérieure ou par voie postérieure, cette dernière plus directe dit-on, mais non moins profonde et créant encore, par le décubitus abdominal qu'elle nécessite, une nouvelle gêne pour la respiration.

Nous les rejetons pratiquement toutes deux.

Une canule à trachéotomie nouvelle est donc introduite dans la plaie, et l'anesthésie continuée. Incision en L au point indiqué par la radiographie, c'est-à-dire à l'extrémité sternale des 2e et 3e espaces. Résection d'un segment de la 3e côte. Décollement, puis incision minima de la plèvre pariétale. Il se produit alors un certain degré de pneumothorax, la respiration devient plus fréquente et laborieuse. La main, immédiatement introduite pour profiter de la brèche et l'obturer à la fois, ne perçoit que les reliefs cartilagineux normaux ; il apparaît dès lors contre-indiqué de faire plus et d'ouvrir une bronche, surtout déjà si septique, dans la plèvre pour tenter une extraction si incertaine.

D'autant qu'au retrait de la main le pneumothorax se renouvelle avec accidents dyspnéiques plus graves, imposant la fermeture rapide de la plèvre. Pas plus après qu'avant cette tentative de refoulement, nous ne pûmes percevoir, avec des pinces trachéales, le corps étranger qui ne s'était pas mobilisé.

Il est à remarquer que le poumon s'était peu affaissé, comme si des adhérences très éloignées de la plaie (où la plèvre était libre) empêchaient la formation d'un pneumo-thorax généralisé. D'ailleurs, le malade tiré du premier shock reprit assez vite son type respiratoire antérieur, le point de côté et les signes physiques du pneumothorax disparurent rapidement. Mais la température persistait ; les deux ou trois premiers jours avec des ascensions vespérales dépassant 40° ; les jours suivants avec une tendance descensionnelle légère, mais aussi des oscillations de plus d'un degré. Huit jours après ces premières tentatives d'extraction, malgré une température redescendue entre 38° et 39°, le pouls restait fréquent autour de 100 pulsations, le malade était encore sujet à des accès d'oppression survenant la nuit, l'expectoration, toujours abondante et spumeuse. En dépit d'une sédation temporaire, la mort était fatale à plus ou moins brève échéance si l'on abandonnait le malade à lui-même. La bronchoscopie était toute notre ressource.

Nous avions pu, d'ailleurs, dans l'intervalle, nous adresser à M. Garel à ce sujet, et nous pouvions compter sur son outillage bronchoscopique et sa grande habileté de spécialiste. L'intervention eut lieu le 23 juin.

Vous connaissez tous de nom la grande découverte de Killian et les ressources de l'éclairage électrique direct de l'œsophage ou des voies aériennes à travers des tubes spéciaux pour l'examen et le traitement des diverses affections de ces conduits. Les corps étrangers des voies respiratoires plus encore que ceux de l'œsophage en ont bénéficié, et depuis ces cinq ou six dernières années un grand nombre ont été retirés par cette voie.

Je ne vous décrirai pas l'outillage spécial de la bronchoscopie. Comme pour l'œsophage, il consiste essentiellement en une lampe électrique frontale d'une grande intensité, une série de tubes métalliques droits, gradués, de longueur et de calibre variables, et tout un jeu de pinces et d'écouvillons. La trompe aspiratrice pour les mucosités et surtout la solution de cocaïne adrénaline appartiennent de toute nécessité à cet arsenal.

Deux voies s'offrent à l'opérateur pour l'examen de l'arbre

bronchique. La bronchoscopie supérieure, pratiquée par la bouche à travers le larynx, est plus élégante, mais plus difficile. La bronchoscopie inférieure ou après trachéotomie est plus aisée ; évitant la traversée du larynx, elle supprime une longue période d'accoutumance souvent nécessaire, et facilite les manœuvres ultérieures. En cas de trachéotomie préalable et de sténose laryngée possible, comme chez notre malade, elle est doublement indiquée.

Restait pourtant une difficulté, d'ailleurs non insurmontable, comme vous le verrez. Ces malades, anesthésiés ou non, peuvent être opérés dans deux positions ; ou bien le décubitus dorsal, la tête pendante sur le bord de la table (position de Rose), surtout pour l'œsophage ou chez les enfants ; ou bien dans la position assise, la tête maintenue en hyperextension, surtout chez les adultes qui supportent mal l'attitude renversée, c'est ce qui fut adopté pour notre malade. Or, ce sujet gras et déjà âgé nous gênait par un certain degré de cyphose cervicale, et l'on pouvait craindre que, faute de pouvoir contourner le menton pour l'introduction du tube, on fut contraint de recourir à la bronchoscopie supérieure à travers un larynx rétréci, ce qui aurait conduit à une laryngofissure supplémentaire. Il n'en fut rien, heureusement ; le tube put être introduit dans la rotation latérale du menton, la tête fut ensuite ramenée en hyperextension. Le tube, choisi d'après la situation du corps étranger, mesurait 25 centimètres, son calibre utile ne dépassant pas 9 millimètres ne pouvait permettre l'extraction de la canule à son intérieur ; il fallait donc la retirer d'une pièce à la suite du tube ; c'est ce qui fut fait.

L'introduction du tube se fit régulièrement et sans incidents. Il fallut, à diverses reprises, anesthésier la trachée à la cocaïne, l'assécher avec des tampons, et, grâce à l'action vaso-constrictive énergique de l'adrénaline, M. Garel put atteindre bientôt la bifurcation trachéale et orienter son tube dans la bronche droite. Presque aussitôt après, à 3 centimètres plus bas environ, il aperçut alors deux points brillants, d'importance inégale, et sous le contrôle de la lampe, glissant alors rapidement une pince spéciale, il put, d'une première prise, saisir la canule et l'enlever d'un bloc à la suite du tube conducteur.

A la sortie de la plaie, la canule s'étant détachée de la pince, deux témoins nous affirmèrent l'avoir vue sortir extrémité libre première et non par son extrémité fracturée. Très étonnés de cette version spontanée du corps étranger, nous cherchions déjà à nous l'expliquer par une bascule au-dessus de l'éperon bronchique, lorsqu'en examinant de plus près la canule, après nettoyage, nous découvrîmes, sur l'extrémité rompue, la trace irrécusable des mors à dents de souris de la pince.

Si bien conduite, si sûre et si brève qu'ait été l'extraction, l'opération n'en avait pas moins duré près d'une heure employée en manœuvres préliminaires : orientation et changement des lampes électriques, descente graduelle du tube, écouvillages réitérés et badigeonnages des voies respiratoires. Il y a, dans ces temps préparatoires indispensables, toute une série de menus traumas, sources d'infections possibles par les instruments fréquemment introduits ou les aides préposés à la préparation fébrile des tampons, sans parler des infections autogènes par inoculation des excoriations créées en un milieu aussi septique. Aussi cette intervention, si satisfaisante opératoirement, fut-elle suivie rapidement de nouvelles oscillations de température ; la bronchopneumonie reprit et progressa, et le malade mourut douze jours plus tard, le 5 juillet, sans qu'il nous fut permis d'ailleurs de procéder à son autopsie.

La septicité toute spéciale de cette canule rouillée et d'odeur repoussante à son extraction, restée quatre ans en place sans nettoyage sérieux et déterminant au lendemain de sa chute, avant toute tentative d'extraction, un 39°,2 ; — le retard forcé apporté à l'exploration bronchoscopique ; — les chances d'infection au début de celle-ci par le jeu des tampons que la trompe aspiratrice de Kilian pourrait sans doute simplifier, expliquent assez une issue fatale malgré laquelle ce cas nous paraît garder tout son intérêt. Il ne nous laisse aucune arrière-pensée contre l'extraction bronchoscopique qui, très brillamment exécutée chez notre malade, est devenue, à l'heure actuelle, le traitement de choix des corps étrangers profonds des voies aériennes. Sans doute, cette intervention constitue une véritable opération chirurgicale et dont l'outillage un peu

compliqué doit être l'objet d'une stérilisation difficile, mais indispensable. Il n'en est pas moins vrai que pour les corps étrangers des bronches, bien plus encore que pour ceux de l'œsophage, il faut déposer le bistouri toutes les fois que nous avons à notre disposition l'arsenal bronchoscopique. Ce n'est qu'en cas d'échec de celui-ci pour les corps étrangers enclavés ou trop lointains (vous savez qu'on a pu en extraire parfois des bronches de deuxième et de troisième génération) que le bistouri reprend ses droits à la recherche de foyers de gangrène trau-



FIG. 2

matiques. Mais l'extraction bronchoscopique doit être *précoce et aseptique*, sous peine de permettre ou de créer l'infection qui emporte tôt ou tard tous ces malades. Pour cela, il faut, aujourd'hui, que tout praticien puisse reconnaître ou soupçonner les corps étrangers profonds des voies respiratoires pour les adresser à temps à un opérateur ou à un spécialiste. Il faut, à l'heure actuelle, que tout centre chirurgical digne de ce nom soit muni de l'instrumentation de Killian plus ou moins complète.

II

LES FORMES CLINIQUES DU CANCER DU SINUS MAXILLAIRE [1]

Par **Pierre SEBILEAU**,

Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Parmi les malades qui occupent actuellement les salles de mon service, il en est deux qui sont atteints de cancer du sinus maxillaire. Je les ai examinés l'autre jour devant vous, en faisant la visite ; j'ai discuté les indications thérapeutiques qui se dégagent des lésions et des symptômes du mal dont ils sont frappés et je vous ai dit quelles raisons m'entraînaient à l'opération, quelles autres me retenaient.

Mais ces deux pauvres patients ne sont pas les seuls du genre qu'aient vus, depuis quelques mois, ceux qui suivent régulièrement mon service. C'est actuellement une trentaine de cancers du sinus maxillaire que j'y ai observés depuis quatre ans. J'en ai opéré plusieurs ; j'ai livré les autres à leur évolution naturelle. Chacun d'eux avait un type clinique plus ou moins différent du type qn'affectait son voisin. Ceux-ci étaient d'un diagnostic facile ; ceux-là avaient donné le change à des médecins clairvoyants. Tel eut une évolution rapide, tel autre une marche relativement lente.

Ce sont ces différentes modalités cliniques, que plusieurs caractères distinguent, mais qui s'harmonisent, malheureusement, dans la gravité commune du pronostic, que je veux aujourd'hui synthétiser devant vous.

Pour résumer schématiquement ma pensée, je dirai que j'ai

[1] Leçon faite dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière.

vu le cancer du sinus maxillaire affecter trois formes : la forme néoplasique, la forme suppurative et la forme putride.

Dans la *forme néoplasique*, la tumeur, usant ou refoulant une des parois du sinus, vient à s'extérioriser et s'offre, pour ainsi dire, au diagnostic. Elle peut s'engager dans la fosse nasale (paroi interne), s'épanouir dans la fosse canine (paroi antérieure), pointer dans la cavité buccale au travers de l'alvéole d'une molaire ébranlée (paroi inférieure), pénétrer dans l'orbite (paroi supérieure), envahir la fosse ptérygo-maxillaire et la fosse ptérygoïde (paroi postérieure).

La joue, la narine et la bouche sont plus facilement et plus fréquemment envahies que les autres départements limitrophes de l'antre higmorien : aussi, quand je parle de la forme néoplasique du cancer du sinus, est-ce proprement à leur infiltration que je fais allusion.

Vous trouverez dans vos livres la description de toutes ces propagations régionales et des complications qu'elles entraînent ; je veux seulement en faire passer sous vos yeux quelques exemples.

La paroi interne du sinus maxillaire (paroi nasale) est si mince et si fragile qu'il semble presque impossible qu'elle ne cède pas régulièrement la première sous la pression du néoplasme et que l'obstruction nasale ne soit pas le premier signe du cancer sinusal. Il s'en faut qu'il en aille toujours ainsi, et je vous dirai, dans le cours de cette leçon, comment cette éventuelle immunité de la fosse nasale peut favoriser les erreurs de diagnostic. J'ai vu, sur plusieurs malades, s'altérer la plastique de la fosse canine et de la région sous-malaire bien avant qu'éclate le moindre trouble fonctionnel du côté du nez. Même, il m'est resté de ce que j'ai observé l'impression que le cancer sinuso-maxillaire doit naître le plus souvent et se développer aux confins de la paroi antérieure et de la paroi inférieure de l'antre ; c'est là, dans la dépression canine, que, d'habitude, il fait tout d'abord effort vers l'extérieur.

Bref, quand le néoplasme du sinus envahit la fosse nasale, c'est presque toujours par le méat moyen qu'il y pénètre. Il s'y engage par l'ostium dont les berges fragiles se laissent facilement écarter. Deux fois seulement, j'ai vu la tu-

meur apparaître dans le méat inférieur, sous la conque du troisième cornet, en même temps qu'elle ébranlait une molaire et infiltrait la voûte du palais : telles se présentaient les choses chez une malade qu'il y a quelques mois j'examinais avec mon collègue et ami Walther.

C'est dans cet envahissement du cornet et du méat moyens que précisément réside le point noir de l'histoire clinique du cancer sinusal. En effet, la tumeur ne tarde pas à s'infiltrer dans le labyrinthe ethmoïdal qu'elle pénètre, dissocie, détruit, et dans lequel l'action chirurgicale n'exerce plus qu'une exérèse incertaine et fatalement incomplète. Elle gagne ainsi la lame criblée au travers de laquelle elle s'enfonce dans le crâne. C'est là, sur ce toit des fosses nasales, que j'ai vu survenir la récidive chez presque tous mes opérés, malgré le soin que j'ai accoutumé d'apporter, après la résection du maxillaire supérieur, à détruire l'ethmoïde. Oui, toute la gravité du pronostic des cancers du sinus maxillaire est là, dans cette propagation du processus au labyrinthe dont il nous est malheureusement impossible de mesurer l'étendue. Une pauvre femme que vous avez vue ici, il y a quelques mois, et qui depuis lors est morte, résume, dans sa douloureuse histoire, toute la sévérité des complications qui s'attachent à cet envahissement du toit des fosses nasales. Elle avait un cancer du sinus maxillaire. Je lui fis, au mois de juin, une grosse opération, extirpant le maxillaire supérieur et l'os malaire, avec un large lambeau des téguments de la face, exentérant l'orbite où vivait dans une obscure immobilité l'œil amaurotique et ophtalmoplégique, réséquant les paupières, faisant sauter le plancher de l'orbite jusqu'à l'extrémité postérieure de la fente sphéno-maxillaire et, de la moitié correspondante de l'ethmoïde, ne laissant rien autre chose que la lame criblée. C'est sur cette lame criblée que, près de trois mois après l'opération, la récidive se montra ; en quelques semaines, le néoplasme s'infiltra dans la boîte cranienne, attaquant le chiasma des nerfs optiques, comprimant la base du cerveau et provoquant successivement, en même temps que de très violentes douleurs céphaliques, l'amblyopie, puis l'amaurose de l'œil conservé et un état de subdelirium qui prit fin dans le coma.

Vous avez pu, d'ailleurs, étudier *de visu* les lésions qu'en-

gendre cette propagation du cancer à l'encéphale sur un cadavre nécroscopié devant vous par mon assistant le Dr Gibert. C'était celui d'un pauvre enfant de 15 ans, atteint d'un cancer extrêmement grave du sinus maxillaire gauche. En quelques mois, la tumeur avait défoncé le plancher de l'orbite du même côté, envahi les cellules ethmoïdales, détruit la lame perpendiculaire, corrodé la lame criblée et pénétré dans le crâne. Sur toute l'étendue de l'étage antérieur de la base du crâne à gauche, et sur une partie seulement à droite, le plafond de l'orbite et la selle turcique, la dure-mère et les circonvolutions fronto-orbitaires ramollies formaient une sorte de putrilage baignant dans le pus.

Du temps qu'il vivait, vous avez pu, chez ce malheureux enfant, constater encore une chose sur laquelle j'ai appelé votre attention. Quand le néoplasme, débordant de l'antre d'Higmore, pénètre dans la fosse nasale, il ne s'infiltre pas seulement dans les cellules labyrinthiques antérieures ; il s'oriente aussi quelquefois vers le cavum. C'était le cas ici, où le toucher rhino-pharyngien permettait de sentir les fongosités du cancer débordant de la choane gauche dans l'arrière-cavité nasale, ce qui avait fait porter à l'un de vous le diagnostic de fibrome naso-pharyngien. De fibrome, il ne s'agissait point en l'espèce ; la liberté pour ainsi dire complète du cavum, l'absence d'un pédicule, même d un pédicule large, la diffusion de la tumeur, sa consistance, la topographie de ses premières manifestations : tout s'élevait contre cette hypothèse d'un fibrome. Aussi avez-vous vu l'information anatomique venir pleinement confirmer mon diagnostic.

Sur une dame d'une cinquantaine d'années, morte sans avoir été opérée, j'ai observé un curieux exemple d'envahissement de la paroi postérieure du sinus maxillaire. Lentement, le processus s'était fait jour dans la fente ptérygo-maxillaire, avait comblé le creux profond de la fosse qui se développe en dehors d'elle, puis s'insinuant dans la région temporale et soulevant le crotaphyte, avait effacé le méplat de la tempe qui peu à peu s'empâta, se tuméfia et devint le siège d'une tension très douloureuse. Simultanément, sur la paroi inférieure, le néoplasme avait d'abord ébranlé, puis déraciné deux molaires et s'était

fait un grand trou dans le processus alvéolaire et la voûte palatine, tandis que, sur la paroi interne défoncée, il bourgeonnait dans le méat inférieur et envahissait la fosse nasale. Et jusqu'à la fin, contrairement à ce que j'ai presque toujours observé, la paroi de la fosse canine résista.

C'est une chose curieuse, semble-t-il, que la résistance offerte à l'envahissement néoplasique par le mince et fragile plancher de l'orbite. Chez deux patients seulement, arrivés l'un et l'autre à une phase avancée de leur maladie, j'ai constaté de l'exophtalmie, de l'ophtalmoplégie et de l'amaurose ; plusieurs fois vous m'avez entendu insister, en vous présentant des sujets atteints de cancer du sinus maxillaire, sur l'intégrité de l'appareil visuel. Cela ne tient pas seulement à l'obstacle que la paroi supérieure du sinus apporte à la marche de la tumeur, non plus qu'à l'évolution particulière de cette tumeur qui semble naître, pour la plupart des cas, dans la partie basse du sinus et n'attaquer la paroi supérieure de celui-ci qu'au moment où elle a déjà pris un grand développement. Non, cela tient encore à ce que l'œil est, pour ainsi dire, flottant dans la cavité orbitaire où il se meut au milieu d'une épaisse couche de graisse fine qui le protège ; il peut ainsi échapper pendant un certain temps à la compression et ne témoigner par aucun trouble fonctionnel de l'altération déjà existante du plancher orbitaire.

Nous avons en ce moment dans le service une femme qui est atteinte d'un cancer du sinus maxillaire à marche rapide ; la face est énorme et d'une affreuse bouffissure ; la tumeur est infectée ; elle suppure. Il y a autour d'elle une violente réaction inflammatoire des tissus et la joue tout entière n'est plus qu'un vaste phlegmon putride ; eh bien ! l'œil est sain. Nulle déviation, nulle protrusion ; ni diplopie, ni amblyopie. A peine, à l'ophtalmoscope, constate-t-on un peu de stase papillaire.

C'est presque toujours sur la paroi antérieure de l'antre d'Higmore, dans la région de la fosse canine, que le cancer sinusal vient faire son apparition. Il est rare que cette paroi ne soit tôt ou tard envahie. C'est d'abord une simple tuméfaction de la région ; puis, la joue s'empâte, gonfle, s'infiltre ; elle devient rénitente ; on y perçoit quelquefois la crépitation par-

cheminée. Ensuite la peau se marbre de varicosités capillaires ; elle devient rouge, elle s'amincit. Elle adhère enfin au cancer qui l'infiltre et fait corps avec elle. Elle s'ulcère et la tumeur finit par bourgeonner à sa surface. Cet envahissement de la peau, s'il porte sur une assez grande étendue, ce qui est l'habitude, car le cancer, dès qu'il déborde de la cavité sinusale, évolue avec une grande rapidité, cet envahissement, dis-je, est une contre-indication à la résection de la machoire supérieure. En tout cas, il oblige, si on passe outre, à un large sacrifice tégumentaire qui laisse le patient, après guérison de la plaie opératoire, dans une situation qui nécessite la restauration prothétique de la face.

Vous avez pu juger de l'étendue de ces mutilations chez deux malades dont le néoplasme sinusien avait envahi, mais non encore ulcéré la région canine et malaire. Après l'opération, ils portaient l'un et l'autre, sur la face, un énorme trou béant. Par ce trou, le regard plongeait, tout à la fois, chez l'un d'eux, dans la cavité nasale et dans la cavité bucco-pharyngée ; chez l'autre, la brèche ne laissait à découvert que la fosse nasale, parce que l'intégrité du plancher sinusal m'avait permis, au cours de l'intervention, de cliver, de dédoubler la voûte palatine, c'est-à-dire d'enlever la lame osseuse et de respecter la fibro-muqueuse de la voûte buccale, de pratiquer par conséquent — en ce point — une sorte de résection sous-périostée de la mâchoire.

Certes, ces vastes pertes de substance se réparent, même chez des vieillards, avec une incroyable rapidité ; il s'opère à leur surface un bourgeonnement d'une grande vitalité et elles se rétrécissent toujours dans une proportion imprévue ; mais elles ne se comblent jamais complètement et elles s'épidermisent en profondeur. Voyez le malade dont je viens de vous parler. Il est arrivé au terme de son évolution cicatricielle, et la rétraction progressive des tissus a modifié son aspect au point qu'il est impossible aujourd'hui d'évaluer, même approximativement, l'étendue de la mutilation chirurgicale ; mais par la brèche ainsi réduite on aperçoit encore la face dorsale de la langue, le voile du palais, la luette et une partie de la cavité pharyngée, si bien qu'on peut étudier *de visu* le mécanisme

de la déglutition bucco-pharyngée. La protraction de la langue peut même s'exécuter par ce trou de la face dans lequel l'organe s'engage par une sorte de mouvement de reptation bizarre qui a justement frappé la curiosité de plusieurs d'entre vous.

.˙.

La *forme suppurative* du cancer du sinus n'est pas rare ; vous en avez avec moi observé plusieurs exemples. La carcinose sinusale est, en effet, une carcinose ouverte : aussi n'est-il pas surprenant qu'elle s'infecte. De là des erreurs de diagnostic qui conduisent à des erreurs de thérapeutique.

Lorsqu'au moment où l'on constate des signes de suppuration du sinus maxillaire, le néoplasme s'est déjà extériorisé dans la bouche ou la fosse canine, nulle difficulté clinique ne surgit; l'infection secondaire ne peut vraiment donner le change qu'à un clinicien peu avisé. Quand, au contraire, à l'époque où la suppuration s'établit, le néoplasme est encore inclus dans la cavité antrale ou bien n'a jeté dans le méat moyen que quelques maigres bourgeons qu'on prend pour des végétations myxomateuses symptomatiques d'ethmoïdo-sinusite, l'erreur est facile et, à en juger par ce que j'ai pu voir, je pense qu'elle est très fréquente.

Fréquente au point qu'elle fut commise sur presque tous les malades qui, jusqu'à ce jour, m'ont été adressés. Aujourd'hui même, un homme de 47 ans se présentait à ma consultation avec une récidive de cancer de la mâchoire supérieure ; le 6 août 1905, un spécialiste de marque avait pratiqué sur lui la cure radicale d'une prétendue sinusite maxillaire, laquelle n'était autre chose qu'un cancer infecté et jusque-là méconnu ; quelques jours plus tard, le 16 août, il fallait pratiquer la résection totale de la mâchoire supérieure. Hier matin, j'ai examiné, devant vous, une jeune femme de 30 ans, enceinte de sept mois, atteinte d'un cancer grave du sinus, et depuis trois mois soignée pour une simple sinusite par un médecin attentif de notre circonscription hospitalière. Dans le cours de l'année passée, j'ai pratiqué la résection du maxillaire supé-

rieur sur deux malades qui, porteurs l'un et l'autre d'un épithélioma sinusal, avaient subi, de la part d'un oto-rhino-laryngologiste non méconnu, l'un la trépanation et le curettage du sinus maxillaire, l'autre la trépanation et le curettage du sinus maxillaire et du sinus frontal. Et je pourrais ainsi multiplier les exemples.

Cette erreur, qui consiste à prendre pour une simple sinusite un cancer en état d'infection et de suppuration, se produit surtout lorsque la fosse nasale est libre, ce qui arrive assez souvent, et que l'examen n'y révèle aucune formation suspecte — tel est, par exemple, le cas de la jeune femme enceinte dont je vous parlais plus haut — ; mais elle se produit aussi quand la rhinoscopie découvre dans l'aire méatique des productions bourgeonnantes. Ces productions, on les prend alors pour cette végétation myxomateuse, cet épanouissement polypoïde qu'engendre si fréquemment, autour de l'ostium, la vieille suppuration des cavités annexielles de la face et, particulièrement, la suppuration du labyrinthe ethmoïdal.

A la vérité, il appartiendrait, dans ces cas, à l'examen biopsique d'orienter le diagnostic ; mais il faut croire qu'on n'y a pas souvent recours puisque l'erreur est si commune. D'ailleurs, il est des cas dans lesquels cet examen lui-même, loin de mettre à l'abri de la méprise, y précipite. En voici un curieux exemple.

Mon collègue Poirier m'adressait, il y a quelques mois, un malade qui présentait tous les signes d'une pansinusite. C'était un homme d'une cinquantaine d'années. Cet homme portait, dans le méat moyen, une luxuriante végétation de fongosités molles baignant dans le pus qui s'écoulait de l'ostium. L'abondance, la couleur, le petit volume, le peu de mobilité, la teinte un peu foncée de ces fongosités me firent craindre qu'elles ne fussent le prolongement nasal d'un cancer sinusal dont il n'existait, d'ailleurs, aucun signe, et que la suppuration ne cachât quelque affection plus grave. Je les fis enlever et examiner; c'était du myxome ; mes craintes paraissaient donc vaines. Quelques jours plus tard, cette première réponse de l'histologie n'ayant pas calmé mes soupçons, je fis pratiquer un second examen biopsique ; on trouva encore du myxome. Je me décidai alors

à pratiquer l'opération que j'ai coutume d'appliquer à la cure radicale des pansinusites. Je fis sur la paroi antérieure du sinus frontal la trépanation nécessaire au curettage méticuleux des fongosités dont il était rempli, puis, par une incision para-latéro-nasale, je pratiquai sur la branche montante une large brèche qui me permit de détruire tout le labyrinthe ethmoïdal et les végétations qui encombraient le méat moyen. Cette résection ne se fit pas sans une assez abondante hémorragie ; mais les fosses nasales sont accoutumées de saigner beaucoup et je n'en pris pas autrement souci. Je passai ensuite au sinus maxillaire que j'abordai, selon l'habitude, par la fosse canine. Celle-ci ayant été largement ouverte, je tombai dans une masse de fongosités ; ces fongosités remplissaient tout le sinus ; elles donnaient du sang en abondance et presque d'une manière inquiétante. J'en retirai des fragments qu'on analysa : c'était de l'épithélioma. Je pratiquai, quelques jours plus tard, la résection de la mâchoire supérieure.

Ainsi, voilà un malade chez lequel j'avais soupçonné un cancer sinusal. Non seulement ce malade n'avait aucun des signes sur lesquels on a coutume de s'appuyer pour établir, entre le cancer et la sinusite, le diagnostic différentiel en faveur du cancer, mais encore les végétations méatiques qui avaient éveillé mon attention ressortissaient certainement à une simple formation myxomateuse, quoique l'antre, sous ce bourgeonnement banal, fût rempli par un épithélioma à forme grave. Dans de pareilles conditions, l'erreur de diagnostic est, pour ainsi dire, inévitable. Nous avons, en effet, coutume de considérer cette forme de végétation polypoïde, non seulement comme un signe de vieille suppuration naso-annexielle, mais encore et surtout comme un signe de pyo-ethmoïdite chronique.

Lorsqu'elle se produit au cours de l'évolution d'un cancer sinuso-maxillaire, cette formation myxomateuse ne perd d'ailleurs rien de sa signification générale et ne doit rien traduire autre chose à nos yeux que l'infection de ce cancer et sa suppuration. C'est, du reste, une chose curieuse et qui a frappé déjà beaucoup d'entre vous, que cette tendance constante de la muqueuse pituitaire infectée ou troublée dans sa

vie physiologique à former du myxome. Que de fois n'avez-vous pas constaté l'aspect bizarre que donne cette sorte d'hypertrophie polypoïde au revêtement muqueux des cornets et des sinus chez ces malades atteints d'un cancer du rempart alvéolaire auquel j'eus l'occasion de pratiquer la résection de toute l'infrastructure du massif maxillaire supérieur, laissant ainsi l'antre et la cavité nasale en large communication avec la bouche ? Un de mes récents opérés, couché en ce moment à la salle Woillez, offre un curieux exemple de cette transformation.

Je viens de vous parler de suppuration du sinus frontal ; n'avez-vous pas remarqué que je vous ai dit l'avoir observée sur plusieurs malades atteints de cancer du sinus maxillaire ? D'une cavité l'infection, par voie ascendante, gagne l'autre ; puis, le canal infundibulaire est obstrué par les prolongements du néoplasme ou seulement par les formations myxomateuses. Alors surviennent des phénomènes de rétention purulente dans le sinus frontal. Et cela finit de désorienter le diagnostic.

J'ai observé trois variétés, trois types cliniques de ce que je dénomme la *forme suppurative* des cancers du sinus maxillaire. Dans la première, l'évacuation purulente s'opère, comme pour une sinusite ordinaire, par l'orifice ostio-méatique et sous forme de décharges intermittentes. Dans la seconde, elle se fait d'une manière continue par un orifice alvéolaire déshabité, soit qu'on ait d'abord extrait la dent, soit qu'ébranlée par le néoplasme, celle-ci se soit détachée spontanément. Dans la troisième, enfin, le pus se fait jour, au travers des téguments, sur un point quelconque de la face, après avoir formé en dehors du sinus et au voisinage de lui, une collection plus ou moins abondante d'allure ordinairement assez torpide, mais capable d'affecter, dans certains cas, une forme aiguë, presque phlegmoneuse.

Le premier malade de ce dernier genre que j'aie vu m'était adressé par un de nos confrères dentistes les plus distingués ; c'était en 1900. Il était porteur du mot suivant, que je tiens à transcrire intégralement : « Le malade que je vous adresse a eu, il y a deux mois, à la suite de l'extraction de la seconde

prémolaire, une fluxion avec œdème assez étendu du côté de l'œil. Cette fluxion, d'abord mal localisée, s'est transformée aujourd hui dans un de ses points en un abcès déjà superficiel. C'est une observation très intéressante d'un abcès sous-palpébral qui est nettement et sûrement d'origine dentaire. » J'ignorais alors ces formes suppurées des cancers sinusiens que, depuis cette époque, j'ai trop bien appris à connaître. Il n'existait, d'ailleurs, nul signe de néoplasme. J'incisai donc l'abcès ; il en sortit quelques gouttes seulement d'un liquide séro-purulent qui, les jours suivants, continua à s'écouler d'une manière régulière et peu abondante. Quelques semaines plus tard, un nouvel abcès, beaucoup plus gros, se forma au niveau de la région malaire, au-dessous et en dehors du premier. L'évolution de la maladie ne tarda pas alors à changer de face. La joue subit une tuméfaction rapide et nous pûmes assister au développement extérieur d'un cancer sinusien à forme putrilagineuse. Je reviendrai tout à l'heure sur cette observation ; mais voyez la bizarre erreur de diagnostic qui en marqua le début.

La pauvre femme qui est couchée au n° 9 de la salle Davaine et à laquelle j'ai déjà fait allusion dans le cours de cette leçon, nous présente un autre exemple de cancer du sinus maxillaire compliqué de suppuration faciale avec vive réaction des tissus. Elle nous est arrivée avec un véritable phlegmon de la région jugo-malaire; à telle enseigne qu'un de mes collègues de l'hôpital Beaujon, la croyant atteinte d'érysipèle, la dirigea sur Aubervilliers d'où elle fut orientée vers mon service. De ce phlegmon que j'ai largement incisé, mais qui s'est infiltré jusque dans la région du tragus pour s'ouvrir spontanément dans le conduit auditif externe, s'écoule, tant par les deux orifices extérieurs que par les narines, une telle quantité de pus fétide qu'il faut faire plusieurs fois par jour le pansement de la patiente.

Et cette malheureuse femme de 30 ans qui nous est arrivée ces jours-ci avec une énorme infiltration suppurée de la face, n'est-elle pas l'image de la précédente ? Mais son abcès a pointé plus haut, dans la région sous-palpébrale.

Lisez encore dans la thèse de mon élève Richou, inspirée

par moi, l'observation de cette caissière aujourd'hui morte depuis plusieurs mois, qui, soignée pour une sinusite maxillaire qu'on irriguait par la voie alvéolaire, me fut adressée parce que le traitement était inefficace, et chez laquelle, ayant diagnostiqué un néoplasme higmorien, je vis en quelques semaines se développer un abcès de l'angle interne de la paupière supérieure.

∴

J'ai observé deux cas seulement de ce que j'appelle la forme *putrilagineuse* ou *gangréneuse* du cancer du sinus maxillaire. Le premier malade me fut amené dans un piteux état, avec des signes d'infection sévère, du service de consultation dentaire de notre hôpital ; il paraissait atteint d'une vaste périostite nécrosante de la mâchoire supérieure, et c'est le diagnostic qu'avait porté de l'affection mon ami, le Dr Henri Rodier. Celui-ci avait pratiqué l'extraction de plusieurs dents ; les alvéoles de ces dents s'étaient confondus, par effondrement de leurs parois, en un large clapier d'où s'écoulait abondamment du pus fétide et au travers duquel les instruments, heurtant ou froissant de l'os, s'enfonçaient dans la profondeur du sinus.

Une forte odeur de gangrène se dégageait de la bouche. La joue était gonflée, un peu œdémateuse, en légère réaction inflammatoire. Instruit par le cas du malade que j'avais déjà observé et dont je vous rapporterai plus loin l'histoire, j'exprimai mes craintes qu'au centre de ce vaste foyer d'infection anaérobienne n'évoluât quelque néoplasme caché. Il n'y avait pourtant nul prolongement nasal. L'état général du patient commandait une intervention immédiate. Séance tenante, celui-ci étant anesthésié, je mis la curette dans la brèche du processus alvéolaire. Elle pénétra dans une sorte de putrilage infect formé de fongosités et d'os nécrosés et fétides dont elle ramena peu à peu une grande quantité. Quand l'opération fut terminée, il ne restait plus du sinus maxillaire que la paroi postérieure ; tout le reste était détruit. Si bien que, sous les téguments de la joue, l'on voyait une grande cavité sans os

qui était à la fois en large communication avec la bouche et avec la fosse nasale, et dans le haut de laquelle le globe oculaire à nu flottait. Après avoir été pendant quelques jours très précaire, l'état de notre opéré s'améliora et celui-ci nous quitta au bout de quatre semaines environ. Je ne l'ai jamais revu et nous avons perdu sa trace. L'examen histologique, pratiqué par mon chef de laboratoire, le Dr Pautrier, nous a révélé que la tumeur gangrénée qui remplissait le sinus maxillaire était une tumeur de structure assez complexe, dans laquelle se rencontraient les différentes variétés des cellules de la série conjonctive, mais dont le type dominant était représenté par la flore cellulaire du fibro-sarcome ostéoïde, forme ordinairement grave du sarcome.

J'ai vu un autre cas de cancer du sinus maxillaire à forme gangréneuse : c'est celui du malade dont je vous parlais il y a quelques instants et qui me fut adressé pour un abcès dentaire. Après la seconde incision, la joue était restée grosse, empâtée et rouge ; le pus paraissant s'évacuer mal, je me décidai, ne sachant à quelle maladie ressortissait ce processus phlegmoneux subaigu en présence duquel je me trouvais et dont nul signe n'indiquait que ce fût un cancer, je me décidai, dis-je, à faire, par la voie faciale, un curettage complet du foyer. Vers cette voie faciale m'orientaient, d'ailleurs, les deux incisions déjà pratiquées. Je mis donc ce foyer largement à jour par deux ouvertures cutanées perpendiculaires (incision en potence) et je tombai sur un magna noirâtre, putride, dégageant une abominable odeur, dans lequel la curette s'enfonça, rencontrant, à côté de fongosités mollasses et friables et de lambeaux pantelants, des tissus lardacés non encore complètement envahis par la gangrène. Quand cette opération, au cours de laquelle je n'avais même pas eu la sensation que ma curette rencontrât de l'os, fut terminée, il ne restait plus rien de la paroi antérieure ni de la paroi supérieure du sinus. Deux mois après, la joue était énorme et suppurait abondamment ; une nouvelle collection s'était formée qu'il fallut ouvrir. Quelques semaines plus tard, mon maître, Ch. Monod, me priait d'aller voir avec lui mon malheureux opéré qui, dans sa détresse et son désespoir de ne pas guérir, avait échoué

dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. La tumeur avait pris un développement si considérable que la face était méconnaissable. La mort n'était plus qu'une question de jours.

*
* *

Telles sont les différentes formes cliniques que revêt le cancer du sinus maxillaire. En fait, ces formes se combinent souvent d'une manière plus ou moins complexe et on peut dire qu'il n'est pas un patient sur lequel, à un moment quelconque de l'évolution du néoplasme, celui-ci ne se dévoile par la signature qui lui est propre, l'extériorisation de la tumeur ; mais, comme c'est un cancer ouvert, il lui arrive souvent de subir l'infection venue du dehors et de se dissimuler pendant plus ou moins longtemps derrière les phénomènes pyorrhéiques ou nécrobiotiques qui envahissent la surface de son parenchyme.

Eh bien ! y a-t-il donc un signe, avant que le cancer ait traduit son existence par l'envahissement d'une région voisine ou qu'il se soit montré sous les téguments et les ait pénétrés, qui permette d'en faire le diagnostic ? Un signe, non ; mais plusieurs, oui. Et mon avis, maintenant que je suis un clinicien averti, est qu'un peu d'attention permet, pour ainsi dire, à coup sûr, d'éviter l'erreur. Examinez donc attentivement votre malade : cherchez s'il n'a pas quelques modifications de la sensibilité de la joue ; si, malgré l'évacuation régulière et abondante du pus, il n'a pas, à défaut de douleurs, une sensation d'hémi-lourdeur permanente de la face ; voyez s'il ne présente pas une légère asymétrie de la région canine tenant moins du gonflement que d'une sorte d'élargissement de cette région, et si l'os malaire ne paraît pas légèrement élevé ? Au toucher, ne vous semble-t-il pas aussi que, dans la fosse canine et tout autour d'elle, le tissu cellulaire sous-cutané est comme empâté ou, tout au moins, qu'il a perdu de sa souplesse, de sa mobilité et de sa propension au glissement ; que la profondeur du cul-de-sac gingivo-jugal est diminuée, que celui-ci est plus large, moins voûté ; que, derrière le rempart alvéolaire interne, la voûte palatine est un peu abaissée et qu'à

ce niveau il y a comme une ébauche d'épaississement, quelquefois une délicate modification de couleur de la fibromuqueuse? Enfin, le patient ne vous signale-t-il pas qu'il trouve ses dents plus longues du côté qui suppure et ne vous paraît-il pas que ces dents sont légèrement projetées en dehors de leurs alvéoles?

A plusieurs reprises, j'ai appelé votre attention sur la rareté de la réaction ganglionnaire au cours du cancer du sinus maxillaire et sur l'époque tardive de son apparition. C'est au point que, sur la quinzaine d'opérations que j'ai faites, je n'ai eu à pratiquer que deux fois l'ablation de ganglions malades. Dans aucun des cas où la tumeur était ou paraissait encore incluse dans la cavité sinusale je n'ai observé d'adénopathie; mais celle-ci s'est manifestée sur quatre ou cinq des malades dont le néoplasme avait débordé de l'antre d'Higmore dans les fosses nasales ou dans la bouche. Cette adénopathie n'est pas seulement rare et tardive; elle est encore remarquable par la constance de sa forme clinique. C'est toujours le même ganglion que j'ai vu frappé et je l'ai toujours vu frappé de la même manière. Il se développe sous et derrière l'angle de la mâchoire inférieure. Il paraît superficiel, parce qu'il est situé en avant du muscle sterno-mastoïdien, mais il est, en réalité, profond, sous l'aponévrose d'insertion faciale de celui-ci. Je n'ai jamais vu son volume dépasser celui d'une amande; il est ordinairement entouré de deux ou trois satellites beaucoup plus petits qui sont durs, comme lui, et, comme lui, accrochés dans la profondeur par les lésions de l'appareil lympho-vasculaire et la transformation du tissu conjonctif au milieu duquel évolue l'adénopathie.

Le cancer du sinus maxillaire est une maladie des plus graves. Parmi tous les malades que j'ai vus, deux seulement vivent encore; l'un et l'autre ont été opérés. Le premier est un jeune homme sur lequel j'ai pratiqué la résection du maxillaire supérieur il y a trois ans; il est en excellent état. Le second est un homme d'une soixantaine d'années sur lequel j'ai fait la même opération au mois d'août dernier; il a ses jours comptés par une récidive en évolution sur la base du crâne.

A en juger par mes observations personnelles, on peut donc

dire que le cancer du sinus maxillaire est d'une excessive gravité puisque, à une exception près, tous mes malades ont succombé à un retour offensif du néoplasme quelques semaines seulement ou quelques mois après les exérèses les moins parcimonieuses. Il faut dire, en manière d'atténuation, que je n'ai eu affaire qu'à ce que nous appelons des « mauvais cas », que la tumeur avait déjà diffusé du sinus dans les départements limitrophes, que la thérapeutique, désemparée par des erreurs de diagnostic, s'était attardée tout d'abord aux interventions dangereusement innocentes d'une médication symptomatique et que, pendant ce temps, le néoplasme s'était donné du large. Oui, tout cela est vrai ; mais le pronostic, en dehors de ces considérations contingentes, n'en reste pas moins d'une excessive sévérité. Et, précisément, ce cancer est très grave parce que, développé dans l'intérieur d'une cavité close où souvent il échappe au diagnostic pendant une période plus ou moins longue, il a le temps de s'infiltrer dans les régions élevées du maxillaire supérieur et, de là, dans le labyrinthe ethmoïdal. Il n'y a pas, en effet, de comparaison pronostique à établir entre les cancers de la superstructure et les cancers de l'infrastructure du maxillaire supérieur. Ces derniers sont infiniment moins graves et, même dans les cas où, partis du contrefort alvéolaire, ils montent vers le sinus et l'envahissent, ils offrent encore à l'action chirurgicale une ressource autrement grande et lui laissent un espoir autrement sérieux que les cancers propres de l'antre. Je reviendrai plus loin sur cette question.

Je ne puis dire à cette heure sur quels signes distinctifs on peut s'appuyer pour établir le diagnostic différentiel entre l'épithélioma et le sarcome du sinus, ni quelle gravité spéciale de pronostic s'attache à l'une et à l'autre de ces tumeurs. J'ai englobé sous le nom général de cancer tous les néoplasmes graves que j'ai observés : les uns, les plus nombreux, étaient des épithéliomas ; les autres ressortissaient à la série conjonctive. A la richesse karyokinétique près, l'épithélioma est toujours grave, plus ou moins ; tandis que le sarcome qui, chez certains malades, paraît ne pas avoir une évolution très maligne, prend, au contraire, chez d'autres, une allure véritable-

ment terrifiante. Un de mes anciens élèves, mon confrère le Dr Lebedinsky, me présenta, au mois de juin 1902, une femme de 57 ans qui n'avait jamais eu d'autre maladie qu'autrefois un petit abcès alvéolaire et qui, depuis le mois de mai seulement, souffrait de névralgies dentaires ; celles-ci avaient déjà nécessité l'extraction de la canine et de la première prémolaire supérieures gauches. Par les alvéoles déshabités de ces deux dents émergeait du sinus un gros bourgeon rouge noirâtre, mou, saignant au contact le plus léger. Ce bourgeon prit en quelques semaines, presque en quelques jours, un tel développement qu'il remplit la cavité buccale d'une masse grosse comme une mandarine ; il fallut à plusieurs reprises exciser cette masse pour permettre à la malade de déglutir et de parler. En un rien de temps, la joue se tuméfia considérablement et se marqua de varicosités capillaires ; l'orbite fut envahi, la voûte palatine pénétrée, la bouche tout à fait obstruée. Des hémorragies survinrent et la patiente amaigrie, déglobulisée, cachectique, en proie à de violentes douleurs, mourut trois mois après le début des premiers accidents appréciables. C'est d'un sarcome à petites cellules et très vasculaire qu'il s'agissait.

Voici maintenant, au contraire, un cas consolant :

Au mois d'avril 1903, se présentait en mon cabinet, conduit par sa mère, un jeune homme d'une vingtaine d'années, extrêmement maigre, extrêmement pâle, en état lypothimique permanent. Il portait, dans la fosse nasale gauche, une tumeur qui en obstruait toute la cavité et qui saignait au moindre contact ; cette tumeur obscurcissait, à la diaphanoscopie, le champ clair du sinus maxillaire, déformait légèrement la face et propulsait manifestement le globe oculaire. Elle s'étendait en arrière jusqu'à l'orifice choanoïde, mais ne bourgeonnait pas dans le cavum. Les dents, le rempart alvéolaire et la voûte palatine ne paraissaient pas en souffrance. Le diagnostic n'était pas difficile ; avant moi, d'ailleurs, plusieurs confrères l'avaient posé : il s'agissait d'un sarcome de la fosse nasale avec envahissement de l'antre d'Higmore. Ce sarcome, dont les premiers symptômes remontaient seulement au mois de décembre 1902 et qui était très hémorragipare, était, sans doute, d'une forme très sévère.

Dans sa détresse, la mère venait me voir, je puis l'avouer, pour être quitte avec sa conscience ; elle avait consulté plusieurs spécialistes et non des moindres ; tous avaient déclaré que ni l'état général ni l'état local du patient ne permettaient une intervention vraiment chirurgicale, qu'en tout cas la récidive à brève échéance était inéluctable et qu'il n'y avait plus, toutes les tentatives d'extraction par les voies naturelles ayant échoué, qu'à attendre la fatale et douloureuse issue des choses. Je dois dire que l'opinion de mes confrères me parut tout à fait raisonnable. Cependant, je conseillai la résection de la mâchoire supérieure. Après tout, le malade ne risquait, à jouer cette suprême partie, que quelques semaines, quelques mois peut-être d'une vie misérable, et personne ne pouvait affirmer que l'éradication du néoplasme fût chirurgicalement impossible. Alors, pourquoi ne pas tenter la chance ?

L'opération fut acceptée. Je la pratiquai le 16 avril 1903. Lorsqu'après la disjonction ptérygoïdienne, j'eus arraché le maxillaire supérieur, j'aperçus, comblant la fosse nasale, une tumeur rouge, saignante, qui s'était, pour ainsi dire, énucléée du sinus maxillaire où elle était contenue, mais dont elle n'avait pas attaqué les parois. Seule la paroi interne, envahie par le néoplasme, manquait, laissant l'antre largement béant. J'enlevai la tumeur qui se laissa assez bien séparer du cornet et du méat, puis je réséquai, à la pince gouge et à la curette, le labyrinthe ethmoïdal et ce qui restait du plancher de l'orbite. Les suites opératoires furent bonnes. Il y a de tout cela plus de trois ans et la santé de mon patient est aujourd'hui florissante. La tumeur était du sarcome.

Ainsi doit se confirmer dans votre esprit, par ces deux exemples, la notion clinique qu'à plusieurs reprises je me suis efforcé de vous inculquer en m'appuyant sur de nombreux faits de chirurgie générale, à savoir que la gravité des tumeurs malignes de la série conjonctive comparée à celle des tumeurs épithéliales qui ne se dément, pour ainsi dire, jamais, est, au contraire, variable et moins nécessairement soumise à la désespérante récidive ?

De tous les malades atteints de cancer de sinus maxillaire que j'ai opérés jusqu'à ce jour, un seul donc a survécu : c'est

celui dont je viens de vous dire l'histoire clinique; encore pourrait-on théoriquement m'objecter que la tumeur n'était pas ici proprement une tumeur du sinus, mais bien une tumeur de la fosse nasale ayant secondairement envahi le sinus. Peu importe, en vérité. Tous les autres, à l'exception d'un homme d'une cinquantaine d'années qui traîne encore vers la tombe la récidive dont il est frappé, tous sont morts. Morts aussi ceux que je n'ai pas opérés.

Il faut reconnaître qu'abstraction faite de ce jeune opéré, aucun des patients qui se sont livrés à l'intervention chirurgicale n'en a vraiment bénéficié. Le mal a fait un retour offensif si rapide que jamais la survie n'a pu dépasser quelques mois. La période d'accalmie a toujours été courte; les douleurs, comme le bourgeonnement, n'ont fait qu'une trêve éphémère.

Est-ce donc à dire que ce cancer du sinus maxillaire, évidemment si grave, soit au-dessus de l'action chirurgicale et lui doive en tous cas échapper? Non. Et je vais vous dire pourquoi.

Aux malades que j'ai opérés, j'ai fait, suivant les cas, trois sortes d'opérations : ou bien la résection atypique et incomplète du maxillaire supérieur; ou bien la résection classique et totale; ou bien, enfin, l'ablation totale compliquée d'exérèses et de mutilations plus ou moins étendues : résection de l'apophyse ptérygoïde, du massif ethmoïdal (y compris quelquefois la lame criblée), de tout le plancher de l'orbite, du globe oculaire, de l'os malaire et même d'une grande partie des téguments de la face. A part deux malades qui sont morts, peu de temps après l'intervention, d'érysipèle apporté du dehors, tous les autres, au nombre d'une quinzaine, ont survécu quelque temps. On peut donc reprocher à l'opération d'avoir été une opération incomplète, inefficace, et d'avoir donné une survie tout à fait insuffisante, mais non pas d'avoir été une opération grave. Même, il convient d'inscrire à son actif la guérison d'un éphèbe qui était moribond il y a trois ans. Mais ne faisons point état, pour le moment, de ce cas qui, à lui seul, compense cependant tous les insuccès, et disons que l'opération fut, au total, inefficace et, partant, inutile. Eh bien! il était impossible qu'elle ne le fût pas. Pas une

seule fois, malgré les résections étendues, les véritables dévastations chirurgicales dont je vous parlais tout à l'heure, je n'ai eu la satisfaction de me dire que j'avais dû dépasser les limites du mal, et la sensation m'est toujours restée que le territoire du néoplasme débordait le territoire de l'opération.

C'est que, précisément, tous les cas qui m'ont été livrés jusqu'à ce jour étaient de piètres cas, des cas relativement anciens, sur lesquels la thérapeutique s'était déjà le plus souvent attardée aux vains traitements de la sinusite simple. Pour opérer avec succès des cancers du sinus maxillaire, il faut les opérer de bonne heure ; et pour les opérer de bonne heure, il faudrait les diagnostiquer de bonne heure. Or, précisément, c'est ici que gît la difficulté. Nés dans la profondeur d'une cavité qui échappe à l'examen et dont l'inactive physiologie ne traduit pas de troubles fonctionnels, incapables de déterminer, tant qu'ils n'ont pas rempli cette cavité, qu'ils n'en ont pas attaqué ou distendu les parois et qu'ils n'ont pas souffert d'infection surajoutée, aucun phénomène subjectif assez sérieux pour mettre sérieusement en éveil l'attention du malade, les cancers de l'antre d'Higmore, déjà graves par eux-mêmes, se compliquent de l'obscure profondeur de la région où ils se développent. Et il est à craindre qu'il n'en soit toujours ainsi, car, je le répète, rien n'oriente le malade vers le praticien averti qui pourrait, au début du mal, en dépister les traces.

Aussi voyez quelle différence de gravité entre les cancers de la super et de l'infra structure de la mâchoire supérieure, entre les cancers nés dans le sinus et les cancers nés au-dessous du sinus ! A ces récidives décevantes que vous avez vues survenir à la suite de la résection totale et classique de la mâchoire supérieure dirigée contre les premiers, comparez ces guérisons déjà lointaines données par la résection partielle et atypique de la base du massif mandibulaire.

Rappelez-vous, entre autres, ce vieux concierge de La Villette que j'ai présenté, il y a déjà plusieurs années, à la Société de chirurgie et qui, naguère encore, vint nous dire son chagrin que le précieux appareil d'or avec lequel M. Delair avait comblé l'énorme brèche creusée par la chirurgie lui eût été dérobé. Rappelez-vous aussi cette femme que je vous ai montrée

il y a quelques jours, à qui j'ai réséqué autrefois, à Saint-Antoine, dans le service de mon maître Ch. Monod, une grande partie de la voûte palatine, toute l'épaisseur du bourrelet alvéolaire gauche avec une grande hauteur des parois du sinus, et qui, aujourd'hui, après un remarquable bourgeonnement suivi d'épidermisation régulière, se présente avec une sorte de sus-cavité buccale solidement voûtée en ogive qui est d'un aspect vraiment curieux. Comptez enfin plusieurs autres malades que vous m'avez vu opérer dans le cours de ces deux dernières années. Certes, ceux-ci pourront être un jour en difficulté avec la récidive ; mais, enfin, tels qu'on les voit aujourd'hui, ils sont un encouragement à la chirurgie.

Efforcez-vous donc de diagnostiquer à son début le cancer du sinus maxillaire, mais n'oubliez pas qu'au point de vue de la gravité, il n'y a pas de comparaison à établir entre les cancers de la super et de l'infra structure de la mâchoire supérieure, les cancers nés et développés dans le sinus et ceux qui, nés en dessous de lui, y pénètrent par effraction progressive !

Aux uns et aux autres convient, pour l'heure, une seule thérapeutique : l'éradication chirurgicale sans parcimonie. Malheureusement les lenteurs de la clinique stérilisent trop souvent le tardif effort du bistouri.

III

BRUITS D'OREILLE ET DÉCHLORURATION [1]

Par Marcel LERMOYEZ.

Les bruits d'oreille perçus par nos malades sont souvent des illusions, parfois des réalités. Illusions, les bourdonnements : diverses irritations anormales excitent les terminaisons du nerf cochléaire et sont transmises par lui aux centres, qui les enregistrent comme sons. Réalités, les bruits dits entotiques ou périotiques : ceux-ci résonnent à l'intérieur ou dans le voisinage de l'oreille qui les entend.

L'étude des bruits entotiques a été très poussée, car ils ont vivement excité la curiosité des observateurs ; d'une part, les bruits de souffles vasculaires, d'autre part, les bruits de contractions musculaires ont été nettement différenciés. Reste encore dans le vague la question de leur traitement : or nous ne savons guère plus les supprimer que nous ne réussissons à atténuer les bourdonnements.

C'est à restreindre quelque peu notre impuissance en cette matière que tend la présente note.

∴

Il y a quelques mois, un vieillard de 76 ans venait me consulter. Sa santé paraissait bonne. Jamais il n'avait eu maille à partir avec ses oreilles, lorsque huit mois auparavant, sans cause, il entendit dans son oreille gauche une sorte de bruit de parchemin froissé :

[1] Communication à la Société belge d'otologie et de laryngologie, juin 1906.

cela ne dura que peu de secondes. La semaine suivante, même perception subjective. Peu à peu, ces accès bruyants se rapprochèrent, au point de rendre l'existence insupportable. Depuis quelques semaines, ce bruit se faisait entendre presque sans trêve, avec des intervalles inégaux de quelques minutes : chaque accès, d'une durée de dix à quinze secondes, était constitué par une série de sons secs, de froissement parcheminé. Pourtant, la nuit, le sommeil n'en était pas troublé.

Dans les premiers temps, au moment d'une ou deux crises, se produisit un court vertige, obligeant le malade à prendre un point d'appui : mais il semble que ce soit là deux phénomènes distincts, non concordants. Très rapidement, du reste, ces étourdissements cessèrent de se montrer, bien que les crises de bruit allassent en augmentant. Pendant mon examen, des crises se reproduisirent plusieurs fois. Le bruit n'était point perceptible objectivement, même en auscultant l'oreille gauche avec l'otoscope : cependant son caractère de sécheresse, ainsi que sa périodicité irrégulière, me faisaient supposer un bruit d'origine musculaire, entotique ou périotique. Localiser exactement ce spasme était difficile. Ce ne paraissait pas être une crampe clonique du tenseur du tympan, attendu que, pendant la crise, le manche du marteau ne montrait aucune oscillation ; et probablement pas non plus une crampe du muscle de l'étrier, car il est bien rare, dans ce cas, qu'il n'y ait pas simultanément un spasme dans quelque autre branche du facial. On devait plutôt supposer qu'il s'agissait d'une crampe du péristaphylin externe, car ce muscle est, le plus souvent, incriminé dans les diverses observations de ce genre ; car, on pouvait constater de légères secousses du pilier postérieure gauche, synchrômes avec les bruits subjectifs d'oreille.

L'audition était très abaissée, du fait de la sénilité : cependant, la voix basse était un peu mieux perçue de l'oreille gauche bruyante que de l'oreille droite silencieuse (Zona acuta : O. G., $0^m,10$; O. D., $0^m,06$).

Peu importait, après tout, le siège du spasme musculaire : ce qu'il fallait surtout déterminer, c'était sa cause.

Supposant une influence extra-auriculaire, je m'abstins de tout traitement local ; et je ne prescrivis pas non plus de traitement général. Mais je conseillai seulement une modification de l'hygiène, dont il sera parlé plus loin.

Celle-ci fit merveille.

Dès le lendemain, le bruit de parchemin s'était atténué : les crises s'espacèrent ; et le cinquième jour, tout avait disparu.

L'otiatrie classique, a dit Escat avec un grand bon sens, désertant par une négligence inconsciente les terrains communs à la clinique générale et à l'otologie, s'obstine, sans succès d'ailleurs, à demander à la seule lésion locale la clef des ténébreux mystères qui enveloppent l'étiologie des affections chroniques de l'oreille. D'où il résulte que leur thérapeutique ne progresse pas. Les succès que l'otologie a obtenus dans la cure radicale de l'otorrhée sont dus à une conversion qu'elle a faite vers la chirurgie : nul doute qu'elle ne gagne de même du terrain contre les otites sèches en s'adressant à la médecine générale. Car bougirages et massages ont, depuis longtemps, donné tout leur possible.

Dans le traitement des bruits entotiques, l'Ecole allemande, éminemment localisatrice, a épuisé en vain toute la série des manœuvres locales. Elle n'a voulu voir dans ces spasmes musculaires que des actes réflexes, dérivés d'irritations nées dans leur voisinage immédiat : caisse ou cavum ; et elle n'a pas songé à mener son traitement au delà de ces bornes resserrées. Les résultats de cette conception sont des plus médiocres. — Tout au plus, en désespoir de cause, certains auteurs ont, sans grande conviction, conseillé de relever les forces de l'organisme avec du fer, de l'arsenic, etc. : ces recommandations masquent mal leur non-valeur derrière leur banalité.

Or, l'influence de l'état général n'est pas, en la circonstance, chose négligeable, tant s'en faut.

Pierre Bonnier, dont on sait les remarquables études sur le Brightisme de l'oreille, publia, il y a dix ans (*Arch. inter. de laryng*, 1896, p. 648), une observation curieuse, qui ne semble pas avoir attiré l'attention qu'elle mérite. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte de crampes du muscle du marteau, se traduisant par des bruits de choc tympanique, et une opacité auditive subite pour certains sons en quelques jours ; le régime lacté fit disparaître ces phénomènes.

Bonnier avait attribué cette crampe tonique auriculaire à un certain degré d'insuffisance rénale : attendu que les crampes comptent parmi les signes les plus significatifs d'un brightisme commençant. Le succès de sa thérapeutique lui donna pleine raison.

Mu par la même idée, et connaissant d'ailleurs le travail de cet auteur, je pensai que les bruits parcheminés perçus par le malade qui fait le sujet de mon observation, étaient également dus à une crampe musculaire, par toxémie due à une myopragie rénale. Cet homme avait l'âge où le filtre rénal s'encrasse ; ses artères manquaient de souplesse : et je sus plus tard que son urine renfermait quelque albumine. Toutefois, comme il s'agissait d'un vieillard encore actif, à la tête d'une grande exploitation commerciale, je ne crus pas devoir lui infliger la fatigue d'un régime lacté exclusif ; et je me contentai de le soumettre au régime déchloruré. La restriction du chlorure de sodium alimentaire eut un plein succès, puisque, en moins d'une semaine, elle suffit à faire disparaître un symptôme âgé de huit mois.

La cure de déchloruration — ou régime sans sel — si heureusement introduite par Widal dans la thérapeutique du Mal de Bright, doit fixer l'attention des oto-rhinologistes, qui y trouveront l'occasion de quelques satisfactions thérapeutiques : car il n'est pas nécessaire de rappeler combien les troubles de dépuration urinaire affectent les oreilles et les premières voies aériennes.

Dans l'esprit de son promoteur, la cure de déchloruration a surtout pour but de déshydrater l'économie, et de faire résorber les œdèmes, dus à la rétention du chlorure de sodium dans les tissus. Cette première considération a fourni, à notre point de vue spécial, matière à quelques heureuses déductions thérapeutiques. Jacquet (*Ann. des mal. de l'or.*, 1904, p. 193) nous a révélé l'effet vraiment remarquable de la déchloruration dans le traitement du coryza chronique obstruant. Bien plus sûrement que le galvanocautère, le régime déchloruré fait disparaître les œdèmes à bascule des cornets, qui troublent le sommeil des brightiques et des hypertendus. Plus récemment, Cl. Chauveau (*Arch. int. de laryng.*, 1905, p. 822) a pu modifier les pharyngites chroniques congestives par la déchloruration, tandis qu'au contraire, il s'essayait à atténuer les pharyngites sèches par une hyperchloruration alimentaire.

C'est à un autre point de vue que je recommande aux auristes la cure de déchloruration. Il me paraît que, dans le cas

actuel, le sel ait agi en véritable poison, pour provoquer des crampes musculaires, symptômes si fréquents des intoxications ; son action œdémateuse n'y semble pas jouer de rôle. Et de même que jadis Bonnier guérit sa malade en quelques jours par le régime lacté exclusif, j'ai soulagé presque instantanément sinon définitivement mon patient de ses bruits intolérables, par la suppression d'un seul élément : le chlorure de sodium, à tort considéré comme un aliment parfaitement inoffensif, et même indispensable à l'organisme. Il y a, à son égard, dans l'étude des otopathies toxiques, un chapitre nouveau à ouvrir et à étudier.

IV

L'INSUFFLATION D'OXYGÈNE SOUS PRESSION DANS LE TRAITEMENT DES EMPYÈMES ET SINUSITES MAXILLAIRES

Par **ORESCO** (Bucharest).

On emploie de longue date pour le traitement des sinusites et empyèmes maxillaires, les voies naturelles, en pratiquant les lavages de l'antre par l'ostium. Mais l'on a constaté que les irrigations par l'orifice naturel étaient difficiles à employer, et, comme le remarque d'ailleurs Lermoyez, le pus rétentionne dans la partie déclive de l'antre, sans plus pouvoir se vider que par regorgement.

Ce sont ces considérations qui ont décidé Bayer (Bruxelles) et Schiffers (Liège) à proposer d'agrandir l'ostium au moyen du bistouri ou du galvanocaustique, afin de produire une voie plus large à l'écoulement des matières. Cette technique ne fut pas non plus d'une grande utilité. Ce furent les études de Mikulicz, Zukerkandl et Hajek qui firent progresser cette méthode.

En effet, ce sont eux qui, les premiers, commencèrent la ponction, puis la trépanation du sinus par le méat médium ou inférieur, en assurant le lavage de l'antre dans de meilleures conditions. Et, cependant, les résultats ne furent pas toujours satisfaisants, car il a été remarqué que jamais l'antre ne peut être complètement vidé, et qu'après chaque lavage une partie de liquide mêlé de pus y rétentionne. Cela n'aboutit qu'à prolonger le traitement ce qui finalement nous conduit à formuler les indications d'une opération radicale. Sans vouloir diminuer en rien la valeur de ces opérations radicales, nous croyons cependant que les lavages diaméatiques — pratiqués avec une bonne technique — restreignent de beaucoup les indications opé-

ratoires et, qu'en tous cas, comme le remarque Sebileau, le procédé est tellement simple, et anodin que je conseille de l'employer malgré tout, et de n'avoir recours à l'opération que lorsque nous serons convaincus que les lavages réguliers, et bien employés, seront restés sans résultat. Un bon lavage doit réaliser une simple désinfection de l'antre et des fonds de sac de la cavité, tout en assurant un vidage complet du pus et du liquide de lavage qu'ils contiennent.

Nous nous sommes attachés depuis longtemps à cette idée ; et, dans ce but, nous nous sommes servis, dans plus d'un cas, des recommandations de Bresgen et Chiari, en insufflant de l'air après chaque lavage. Cette conduite présente pourtant des inconvénients, car l'air ne peut pas toujours être pur, et de plus, s'il est poussé avec une trop faible pression, il ne peut pénétrer pour sécher tous les fonds des cavités. C'est pour remédier à cet inconvénient que nous avons, dans ces derniers temps, remplacé l'air par des insufflations d'oxygène sous pression. L'oxygène a l'avantage d'être un des meilleurs antiseptiques, et par le développement des écumes qu'il produit à l'intérieur de l'antre, il désinfecte et nettoie tous les fonds de sac en chassant au dehors, par les orifices naturels, les détritus qui s'y trouvent. Nous avons obtenu, par ce procédé, dans tous les cas auxquels nous l'avons employé jusqu'à ce jour, les résultats les plus satisfaisants, et c'est ce qui nous a décidés de le livrer à la publicité et d'insister sur son utilité. Ci suit notre manière de procéder. On examine, au préalable, le nez du patient et l'on cherche à le ramener à l'état normal, s'il est malade. On anesthésie à la cocaïne 1/10 l'endroit par lequel on pénètre dans l'antre. On prend une aiguille ordinaire, de ponction droite ou courbe, bien stérilisée, et on l'introduit à l'endroit indiqué par Hajek et Zukerkandl pour le méat inférieur. Par cette aiguille, on fait un lavage au sublimé corrosif, 0,50 °/₀₀, ou à l'acide phénique, 0,50 °/₀, en ayant soin que l'écoulement du liquide se fasse facilement par les orifices naturels ; une fois le lavage terminé, nous mettons en communication le tube de caoutchouc de l'aiguille avec un tube de caoutchouc adapté au ballon d'oxygène sous pression (250 atmosphères) qui alimente l'appareil de chloroformisation de

Roth-Dräger ; nous dévissons la vis du ballon et nous laissons pénétrer dans l'antre avec précautions de petites quantités d'oxygène, en augmentant le courant selon les degrés de fonction des orifices naturels et suivant l'impressionnabilité du malade. Dès qu'on laisse sortir l'oxygène de l'appareil, l'on voit apparaître, par le nez, un courant d'écume qui entraîne avec lui les restes des lavages et le pus du bas-fond de l'antre. En général, il n'est pas besoin d'injecter une trop grande quantité d'oxygène : on règle son débit selon le degré d'infection de l'antre. Ce pansement, que l'on répète tous les deux ou trois jours, est facilement supporté par les malades, et c'est précisément ce qui met en évidence l'innocuité des insufflations d'oxygène. Nous avons préféré faire la ponction à la place d'une petite trépanation, puisque ces ponctions simples et inoffensives ont l'avantage de ne laisser aucune trace d'ouverture dans le nez et que, de cette manière, elles préservent l'antre des infections secondaires, alors surtout que les infections primitives sont d'origine nasale.

Cette manière de procéder nous semble plus à recommander que celle de faire les lavages par les orifices naturels, où le liquide ne pourrait trouver d'autre orifice de drainage qui puisse favoriser un écoulement plus ample, et, d'autre part, l'antre se trouverait soumis à un certain degré de tension qui pourrait gêner le malade. En introduisant de l'oxygène au moyen d'une ponction à la partie inférieure et en employant les orifices naturels comme débouchés, on assure un lavage de sifon de bas en haut dans les meilleures conditions. Pour commencer, on ne donnera l'oxygène qu'avec beaucoup de précautions, afin de ne pas déterminer une brusque pression dans l'antre, et afin de nous assurer que les orifices naturels ne sont point bouchés.

Nous avons employé cette technique dans tous les cas qui se sont présentés à nous, sans faire de sélection. Par les observations qui vont suivre, on remarquera des cas de vieilles infections qui ont rapidement cédé aux lavages et à la stérilisation de l'antre par l'oxygène sous pression. Ce qui nous détermine à recommander ce traitement, c'est que, avant de l'employer, je me suis servi dans d'autres cas (et ceux ci sont suffisamment

nombreux) des lavages diaméatiques et quoique parfois nous ayons obtenus de satisfaisants résultats, ceux amenés au moyen de l'insufflation de l'oxygène, — s'imposent.

C'est donc ce qui nous décide à recommander ce traitement avant tout autre, car il n'est pas admissible que le hasard ait présidé aux heureux résultats obtenus par notre traitement, c'est-à-dire *onze cas successifs*, — mentionnés ci-dessous, — de complète guérison.

Nous ajouterons que l'avantage de notre traitement réside dans l'emploi de l'oxygène, vu que nous ne pratiquons les lavages que dans le but de diluer les secrétions purulentes, et de leur faciliter ainsi leur complet écoulement par les voies naturelles. De sorte que dans les cas où, le mal étant plus récent et la secrétion en conséquence moins compacte, nous n'hésiterions pas à recommander l'emploi des insufflations d'oxygène qui, nous en avons la conviction, aura comme conséquence un résultat d'autant plus rapide.

OBSERVATION I. — M. Al. I..., agriculteur, est venu nous consulter le 3 février 1906 ; il éprouvait depuis longtemps de très fortes douleurs du côté droit du visage, accompagnées de maux de tête ; l'œil droit larmoyait et il sentait quelquefois sa vue se voiler ; quand il se mouchait, il dégageait une mauvaise odeur et l'on voyait des traces de pus sur le mouchoir. Examinant le malade, on remarquait du pus dans la région de l'hiatus sémilunaire, et une exostose de la cloison dans le même endroit ; avant de commencer le traitement on a opéré l'exostose. On lui a fait arracher la première et la seconde molaire, vu qu'elles étaient très gâtées, puis nous commençâmes notre traitement : lavages diaméatiques suivis d'insufflations d'oxygène sous pression. Au bout de sept séances le malade guérit, les douleurs du visage et de la tête disparurent.

OBS. II. — M. G. D..., 43 ans, rentier, est venu nous consulter vers la fin du mois de février ; il souffrait depuis plus de trois ans d'un rhume de cerveau qu'il avait contracté à la suite de l'influenza, il avait eu des polypes muqueux dans les deux narines lesquels avaient été opérés à différentes reprises. Il sentait se dégager du nez une mauvaise odeur. En examinant le malade l'on constate une hypertrophie du cornet médium et inférieur et des traces de

polypes sur le cornet médium ; le malade a été très sensible à la ponction qu'on lui a faite ; cela fait que malgré l'anesthésie avec de la cocaïne 1/10, il sentit quelques douleurs. On eut de la difficulté à le traiter, car le malade était très sensible. Au bout de onze séances, des lavages diaméatiques suivis d'insufflations d'oxygène sous pression, le malade guérit complètement. Il avait une denture excellente.

OBS. III. — Mme M. I..., est venue nous consulter le 2 mars 1906 : elle disait avoir été opérée depuis plus d'un an d'un empyème gauche par voie alvéolaire ; elle a suivi pendant un mois le traitement, faisant des lavages et introductions de gaze iodoformée ; son séjour à la campagne la contraignit ensuite à de simples lavages. Dans les derniers temps elle souffrait de maux de tête. Examinant la malade à l'endroit où elle avait été opérée, c'est-à-dire à la deuxième molaire, on pouvait à peine, avec beaucoup de difficulté, pénétrer dans le sinus avec un stylet ; en examinant le nez on voyait du pus entre le cornet médium qui était très hypertrophié et la paroi externe nasale. Le jour même on commençait le traitement : les lavages diaméatiques suivis d'insufflation d'oxygène sous pression. Aux premières irrigations le pus était très fétide, les maux de tête continuaient ; au bout de cinq séances, il y avait très peu de pus, les maux de tête disparurent ; la malade supportait très bien notre traitement. Au bout de douze séances faites à intervalles de deux à trois jours, la malade guérit complètement.

OBS. IV. — N. O..., fonctionnaire, 32 ans, est venu nous consulter le 5 mars 1906 ; le malade avait souffert pendant longtemps de maux de dents et abcès à la gencive supérieure gauche ; les abcès avaient été percés à différentes reprises ; au moment où il est venu nous consulter, il disait éprouver des fortes douleurs dans la région maxillaire gauche. En examinant le nez du malade, nous avons remarqué dans la région de l'hiatus semilunaire une matière blanchâtre qui, retirée sur de la ouate au moyen d'un stylet, dégageait l'odeur désagréable du pus. C'était en effet du pus. Lui ayant fait une ponction exploratrice et diagnostiqué un empyème de l'antre d'Highmore gauche, nous lui avons recommandé de se faire arracher la première et seconde molaire ; le 8 mars, il commençait le traitement qui, après cinq séances de lavages diaméatiques suivis d'insufflation d'oxygène sous pression, remit le malade complètement en bon état.

OBS. V. — E. I..., ménagère, s'est présentée chez nous le 20 mars 2906 elle disait souffrir depuis longtemps de fortes douleurs dans la région maxillaire gauche ; la malade avait eu, dans

le temps, des polypes muqueux qui avaient été opérés par nous à différentes reprises. L'hiver dernier, elle avait souffert d'une influenza accompagnée de bronchite, puis, un coryza qui durait encore et la gênait beaucoup. En examinant la malade nous avons vu du pus dans la narine gauche, dans la direction de l'hiatus semilunaire. Les cornets médium et inférieur hypertrophiés. Diagnostiquant un empyème maxillaire gauche, nous commençâmes notre traitement : à la première séance le pus était fétide, puis, petit à petit la fétidité a diminué, et après neuf séances de lavages et d'insufflations d'oxygène sous pression, la malade guérit.

OBS. VI. — Mme C. M..., 40 ans, s'est présentée le 3 avril 1906. Elle disait souffrir depuis très longtemps d'un coryza dont elle ne pouvait plus se débarrasser. Elle a consulté des spécialistes à l'étranger qui lui ont recommandé différents traitements qu'elle a tous suivis mais sans résultat. Il y avait onze mois, en accompagnant son mari qui partait pour Vienne et Berlin, elle consulta à Vienne le Prof. Chiari, qui, après l'avoir examinée, a fait un lavage diaméatique et a constaté un empyème de l'antre d'Higmore droit dont elle devait être opérée. Comme son mari devait partir pour Berlin, elle l'y accompagna, et là, elle consulta un spécialiste qui lui conseilla la même opération. Etant d'une nature craintive, elle avait préféré faire les lavages du nez laissant la maladie suivre son cours. En arrivant à Bucarest elle consulta le Dr Léonte qui lui conseilla de se faire opérer par la fosse canine. Examinant la malade, nous constations dans la région de l'hiatus semilunaire du pus ; elle avait une denture parfaite. Nous commençâmes notre traitement le 5 avril 1906, et, au bout de dix séances à intervalles de deux à trois jours, la malade s'est complètement remise. Nous l'avons revue depuis elle nous dit se porter très bien. Aux premières irrigations le pus était très fétide et en grande quantité.

OBS. VII. — M. I. F..., 46 ans, souffrait depuis longtemps d'une rhinite atrophique ; il s'est fait soigner à Bucarest et à l'étranger éprouvant des maux de tête qui, dans les derniers temps, étaient devenus insupportables. Aucun traitement n'était efficace. Il s'est présenté chez nous vers le commencement du mois d'avril et nous avons diagnostiqué un empyème maxillaire gauche. Il avait une denture relativement bonne, quoique la plupart des dents fussent plombées : aucune de celles qui communiquent avec le sinus n'étaient sensibles même aux plus forts attouchements.

Il commença le traitement sans pouvoir le suivre régulièrement ; néanmoins, le 12 mai, il guérit complètement. Aux premiers jours du traitement le pus était très fétide et épais ; nous lui fîmes

suivre le traitement, lavages et insufflations d'oxygène sous pression; les deux dernières séances nous n'avons fait qu'introduire de l'oxygène sous pression sans irrigations.

OBS. VIII. — M..., commerçant, s'est présenté chez nous le 10 avril 1906 ; il souffrait depuis longtemps de polypes dans le nez qui avaient été opérés à Bucarest; en venant nous consulter il nous dit qu'il éprouvait des douleurs dans la région du maxillaire gauche. Après l'examen, nous avons remarqué du pus dans le nez, le cornet médium hypertrophié, et des restes de polypes extraits; il portait le râtelier complet. Nous avons commencé le traitement avec des lavages diaméatiques et insufflation d'oxygène sous pression. et. au bout de huit séances, le malade guérit.

OBS. IX. — Le Commandant de cavalerie M... nous a consulté, le 30 avril 1906 il disait souffrir de fortes douleurs dans la région du maxillaire droit. et sentir se dégager une mauvaise odeur du nez. En l'examinant, nous avons constaté un empyème du maxillaire droit. On voyait du pus dans la région de l'hiatus semilunaire. Quoique le malade eut une très bonne denture, ne voyant dans le nez aucune lésion nous avons supposé alors que l'origine du mal venait de l'avant-dernière molaire, qui était très sensible. Je lui ai conseillé de se faire voir par le Dr dentiste Nicolesco, celui-ci l'ayant examiné, a trouvé qu'il fallait arracher l'avant dernière molaire. Après extraction de la dite molaire, nous avons trouvé un abcès à sa racine, — abcès qui s'est vidé dans l'antre d'Higmore. La guérison fut très rapide, car, au bout de trois séances de notre traitement, le malade était complètement guéri.

OBS. X. — A. W..., 32 ans, s'est présenté chez nous le 10 juin 1906. Le malade souffrait depuis plusieurs années d'une rhinite atrophique ; il avait été soigné par des spécialistes en Roumanie et à l'étranger. Depuis quelque temps il sentait se dégager du nez une odeur désagréable, et souffrait de maux de dents. Dans le cours du mois qui précède sa consultation éprouvant de très fortes douleurs à une grosse dent du maxillaire gauche, il l'a fait arracher. Il s'ensuivit une inflammation de la joue gauche. En examinant le malade nous avons constaté du pus dans le nez; dans la bouche nous vîmes encore un reste de racine de la première molaire gauche, qui lui avait été arrachée ; et, par succion, le malade crachait du pus ; je lui ai fait enlever le reste de la racine, et le 14 juin nous commençâmes notre traitement qui,au bout de cinq séances,le rétablit complètement.

OBS. XI. — V. M..., rentier, est venu nous trouver le 18 juin 1906 il disait souffrir depuis plus de trois ans de douleurs névralgiques à la joue droite. Il avait consulté différents confrères et pris toutes sortes de médicaments antinévralgiques qui ne lui avaient servi à rien ; dans les derniers temps il éprouvait des maux de tête ; quand il se mouchait, il voyait des traces de pus. Il n'a jamais souffert de maux de dents. Il en avait plusieurs de plombées, mais aucune qui lui fît mal. L'examinant, nous lui avons diagnostiqué un empyème maxillaire droit. Nous commençâmes notre traitement : lavages diaméatiques suivis d'insufflations d'oxygène sous pression. Aux premières irrigations, l'eau sortait avec difficulté, de sorte que, les trois premières séances, nous n'avons fait que des irrigations jusqu'à ce que le liquide de lavage s'écoulât facilement par les orifices naturels. Après quoi, nous commençâmes notre traitement : lavages suivis d'insufflations d'oxygène sous pression ; le malade supportait aisément le traitement, et, au bout de huit séances, il fut complètement rétabli.

RECUEIL DE FAITS

I

BOUTON ARRÊTÉ DANS L'ŒSOPHAGE EXTRACTION AU MOYEN DE L'ŒSOPHAGOSCOPIE DIRECTE

Par **A.-G. TAPIA** (de Madrid).

A la nombreuse liste de corps étrangers de l'œsophage extraits au moyen de ce magnifique procédé, je vais ajouter une observation de plus, qui, quoique n'étant pas très intéressante par soi-même, me semble digne d'être publiée pour contribuer à la divulgation d'une excellente méthode, laquelle, par je ne sais quel mystérieux destin, tarde si longtemps à être introduite dans la pratique médicale courante.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans et demi qui avait avalé un bouton en nacre de 2 centimètres de diamètre, quatre heures avant de venir à ma consultation ; son père me portait un bouton exactement pareil à celui que la fillette avait dégluti ; ce corps étranger lui produisit, dans les premiers moments, des troubles asphyxiques alarmants, mais si passagers qu'ils durèrent seulement quelques secondes pour ne plus reparaître. En échange, apparurent des symptômes de stenose-œsophagienne qui se révélaient en la faisant déglutir de l'eau ; le liquide, en effet, passait, et la fillette qui sentait une constriction constante qui la gênait un peu au-dessous de la fourchette sternale se refusait à prendre des liquides et encore moins des aliments solides pour ne pas augmenter tous ces malaises.

Dès le premier moment, je proposais de faire une radiographie pour avoir la certitude que le corps étranger se trouvait encore dans l'œsophage et à quel endroit; mais auparavant, j'introduisis une sonde œsophagienne très doucement pour ne pas enfoncer le bouton, et j'eus l'occasion de constater, à 18 centimètres à peu près de la ligne dentaire (niveau de la seconde sténose), le contact du bouton. Le diagnostic de localisation était fait et celui de nature aussi, puisque nous avions sous les yeux un bouton pareil à celui qu'elle avait avalé.

Avec toutes ces données et le consentement du père qui nous encourageait par son désir de voir sa fille délivrée de contingences futures, nous nous préparâmes à effectuer immédiatement l'extraction du bouton; la docilité de l'enfant, conséquence naturelle de la peur qu'elle ressentait, produite surtout de voir l'affliction de son père et d'entendre ses réprimandes, plutôt que par les douleurs me poussa à introduire l'œsophagoscope en employant seulement l'anesthésie locale par la stovaïne au 10 %.

Assise, la petite malade avec la tête en extension forcée et soutenue par mon ami le Dr Esteban, j'introduisis un tube de 20 centimètres de long sur 9 millimètres de large, avec lequel j'arrivai jusqu'au bouton qui se maintenait oblique; c'est-à-dire avec le diamètre vertical dirigé en bas et en avant. Cette position fut cause de ce que je ne pus le prendre à la première tentative avec la pince; je passais alors un stylet derrière le bord supérieur du bouton qui se trouvait fortement emprisonné par la contraction spasmodique de l'œsophage et je le mobilisais jusqu'à le placer verticalement. Je pus alors l'extraire avec une grande facilité ainsi que le tube œsophagien.

Cette opération, excluant le temps employé pour l'anesthésie, ne dura que six minutes. La fillette se trouva complètement bien et partit à pied chez elle.

L'innocuité de la méthode employée et la rapidité de son exécution, sont des faits que le bon sens du lecteur pourra mettre en parallèle avec le classique panier de Graeff et avec les dangers et conséquences d'une opération aussi grave que

l'œsophagotomie dont on doit circonscrire l'emploi à un nombre de cas très limités.

Le but que je veux atteindre en publiant cette note clinique est de contribuer, dans la mesure de mes faibles efforts et de mon ardent enthousiasme pour l'œsophagoscopie, à la divulgation de cette méthode endoscopique dont les manœuvres, dirigées par la vue, doivent faire rejeter absolument les procédés aveugles employés jusqu'à présent et qui ont causé tant de désastres.

NOTES DE TECHNIQUE

I

CANULE A TRACHÉOTOMIE POUR LA LARYNGECTOMIE TOTALE

Par E. LOMBARD

Cette canule, dont j'ai déjà présenté un modèle à la Société française de Laryngologie, a été construite en vue de faire commodément et de maintenir propre le pansement cervical après l'opération de la laryngectomie totale.

On sait qu'à la suite de l'extirpation du larynx par le procédé de Périer il existe, au-dessus de l'orifice trachéal fixé à la peau, une vaste brèche. Celle-ci disparaît par la suture de tous les plans; muqueux, musculo-aponévrotique, cutané. Une sonde œsophagienne est placée à demeure pour permettre l'alimentation. Il importe de conserver le plus possible de la paroi antérieure du pharynx : mais, si petite que soit la brèche pharyngée, on observe fréquemment, dans les jours qui suivent, la désunion partielle de la ligne de suture. Cette désunion ne laisse persister temporairement qu'un orifice de dimensions restreintes si le cancer limité et intrinsèque a pu être enlevé en totalité sans exiger une large exérèse de la paroi antérieure du pharynx. La salive déglutie et les sécrétions post-opératoires ont tendance à s'écouler vers l'orifice trachéal en dépit du décubitus latéral ou déclive imposé au malade. Pour éviter l'infection de la trachée et des bronches, on devra donc garnir la région cervicale antérieure d'un panse-

ment épais et absorbant,ce qui est difficile à bien réaliser avec l'emploi des canules ordinaires. Les bandes glissent sur l'orifice de la canule et l'obstruent.

D'autre part les sécrétions venues de la trachée souillent les parties voisines du pansement.

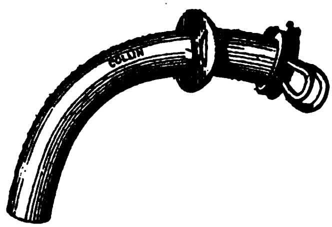


Fig. 1

La canule ici figurée est précisément destinée à supprimer ce gros inconvénient, qui peut même devenir un danger. C'est une canule ordinaire,légère,bien équilibrée, munie d'une plaque étroite et mobile. La canule se prolonge au delà de



Fig. 2

cette plaque de 15 à 18 millimètres, de manière à conduire les sécrétions trachéales loin de la trachée au delà du pansement qu'il est alors facile de maintenir propre. Pour éviter que les bandes ne viennent en se dérangeant à glisser sur l'orifice de la canule, j'ai fait adapter à ce dernier deux petites pièces

métalliques ajourées, l'une horizontale fixe, l'autre mobile, pouvant se placer soit horizontalement, soit verticalement. Dans la première position celle-ci se superpose à la précédente et ne gêne pas le passage de la bande au-dessus et au-dessous de la canule. La bande une fois fixée, on imprime à la pièce mobile un quart de tour. Elle se place alors perpendiculairement à la première (*fig.* 2) et s'oppose au glissement du circulaire supérieur et à l'ascension de l'inférieur. Une canule interne complète le dispositif. Il est bon de changer la canule *externe* tous les deux jours, de la brosser et de la stériliser par ébullition prolongée avant de la remettre dans la trachée.

L'usage de cette canule m'a été très précieux dans toutes les opérations sur le cou ou le pharynx nécessitant le maintien, pendant un temps plus ou moins long, d'une ouverture trachéale. (1)

(1) Cette canule est construite par Collin à Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE (1)

Séance du 27 novembre 1905.

Président : URBANTSCHITSCH.

Secrétaire : FREY.

ALT a démontré à la séance précédente la préparation d'un cas **d'obturation du sinus par tissus fibreux** et en apporte la préparation microscopique pour montrer qu'il s'agissait d'une obturation complète.

OTTO GROSSER. — Démonstration **d'un modèle de Hertwig d'un crâne embryonnaire.**

NEUMANN démontre une préparation d'un **abcès du lobe temporal et du cervelet**

Une fillette de 10 ans souffre depuis des années d'une otite moyenne chronique suppurée. Depuis trois mois, elle est alitée avec des douleurs de tête diffuses, fièvre et frissons, étourdissements et vertige (les objets remuent). La malade montre un fort nystagmus rotatoire en regardant à gauche (qui n'est pas influencé par des injections d'eau à différentes températures) et un faible nystagmus horizontal en regardant à droite.

L'oreille gauche est complètement sourde et la malade a une tendance à tomber à droite. On diagnostique un abcès du cervelet à gauche et on procède à l'opération.

Par la ponction lombaire on n'obtient pas de cultures. La dure-mère de la fosse cérébrale postérieure est séparée de la paroi postérieure de la pyramide par une petite collection de pus.

(1) Compte rendu par Lautmann d'après la *Monatschr. für Ohrenheilkunde*, n° 2, 1906.

Résection du bord de la pyramide, ouverture du labyrinthe par la paroi postérieure de la pyramide, incision cruciale de la dure-mère, ponction du cervelet. Sous une forte pression il sort un pus fétide de couleur gris jaune dont l'examen bactériologique révèle l'existence des anaérobies plusieurs fois rencontrés par Neumann. Pansement.

Immédiatement après l'opération le nystagmus est contrairement opposé au nystagmus d'avant l'opération. La température est normale, pas de vertige.

Avant le premier changement de pansement le deuxième jour, la malade montre de nouveau le nystagmus caractéristique de l'abcès du cervelet. En ouvrant la cavité de l'abcès il sort un pus épais mais non fétide. Pendant cette manipulation le nystagmus rotatoire du côté malade cesse brusquement, tandis que le nystagmus horizontal du côté sain persiste. Après tamponnement de la cavité de l'abcès le nystagmus rotatoire reprend.

Le lendemain, la température est 39,2, douleurs de tête diffuses, un peu d'engourdissement, paralysie de l'extrémité supérieure gauche et paralysie du facial complète. La ponction lombaire donne un liquide clair. Le fond de l'œil est normal. Des deux côtés, léger ptosis.

Le 9 novembre, l'enfant meurt brusquement.

L'autopsie montra une méningite, l'intérieur de la dure-mère couvert d'exsudat épais de $0^m,003$, hémorragique ; sur l'hémisphère gauche du cervelet, près des pédoncules, une cavité de la grosseur d'une noix, tamponnée de gaze iodoformée et de couleur gris vert. Correspondant au pôle antérieur du lobe temporal *droit*, un petit abcès, et encéphalite du voisinage très étendue.

La combinaison d'un abcès du lobe temporal droit avec abcès du cervelet à gauche donne à ce cas son intérêt spécial. Il montre d'abord quelle signification le nystagmus donne au diagnostic. Non seulement la surdité complète de l'oreille gauche, mais encore le nystagmus dirigé à gauche, qui ne se laissait pas influencer par le lavage de l'oreille, parlaient non seulement pour le diagnostic de la maladie, mais aussi pour en indiquer le siège (côté gauche) quoique la malade présentât dans l'otoscope, des deux côtés, les mêmes altérations.

Il est à remarquer aussi qu'en tamponnant la cavité de l'abcès on pouvait provoquer le nystagmus.

NEUMANN démontre une préparation qui lui a été envoyée par l'institut d'anatomie pathologique. De la fosse cérébrale postérieure la dure-mère est repoussée par un néoplasme de la gros-

seur d'une petite pomme et le sinus est comprimé. La tumeur est dure, couverte de dure-mère lisse non altérée. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un adénocarcinome et probablement d'une métastase.

Discussion.

Politzer a vu, chez une jeune fille frappée d'un traumatisme mortel, une tumeur du tegmen du tympan. La dure-mère était repoussée, la tumeur, un psammome, partait de l'attique et avait comprimé le nerf du tenseur du tympan. Le psammome n'a jamais fait de symptôme clinique qui eut pu inviter la malade à recourir au médecin.

Alt se souvient d'un cas démontré par lui d'un carcinome métastatique de l'oreille moyenne et interne chez une femme atteinte d'un cancer du sein.

E. Urbantschitsch présente un **cas d'abcès à distance.**

Le malade âgé de 37 ans, toujours bien portant depuis l'enfance, a été obligé, le 15 septembre 1905, de se rendre d'un endroit où la température était de 52°, dans un autre où la température atteignait 18°. Il fut pris de contractions dans le côté gauche de la tête qui augmentèrent jusqu'au 20 septembre. Ce jour-là, il survint du vertige et de la fièvre et le 21 un écoulement sanguin lent. Des douleurs si intenses qu'il ne peut pas dormir la nuit et le 18 octobre, il partit pour Vienne et fut reçu le 18 dans le service d'otologie de la polyclinique.

Pas d'otorrhée, pas de perforation du tympan, cependant pas un tympan normal. Pas d'abaissement de la paroi supérieure de l'oreille. Forte sensibilité à la pression et à la percussion du planum mastoïdien. Tuméfaction des parties molles sous l'apophyse mastoïde.

Le 30 octobre la trépanation fut pratiquée. A la trépanation de la mastoïde, au niveau du conduit, aucune altération pathologique. A cause du gonflement au-dessus de la pointe, Urbantschitsch, supposant une suppuration de la pointe, l'ouvre, ce qui donne un résultat négatif. En terminant, il se dirige vers le sinus et de là s'échappent sous pression, une ou deux cuillerées de pus crémeux. L'os qui entourait le sinus et la dure-mère était carié, désagrégé. Il s'agissait d'un abcès péri-sinusien et extra-dural. Tout de suite après l'opération, le malade se trouva mieux et put dormir. Cependant, deux jours après les douleurs reparurent dans le cou, et, malgré un pansement humide (avec la solution de

Burow) ne cédèrent pas. On ne pouvait pas constater une diminution de la tumeur du cou, même on avait la sensation d'une fluctuation profonde.

Huit jours après la trépanation, Urbantschitsch fait une profonde incision au bord postérieur du sterno-cléido mastoïdien. Il reste à peu près trois grandes cuillerées de pus épais. La cavité de l'abcès paraît très étendue.

Ce cas qui paraissait être cliniquement une mastoïdite de Bezold, présentait une apophyse normale. La suppuration de la caisse avait disparu malgré la persistance d'un abcès péri-sinusal. Cet abcès péri-sinusal été cause d'un abcès à distance. Il était impossible de trouver le trou par où le pus avait fusé par l'os.

Hugo Frey. — **Contribution à l'anatomie de l'os temporal.**

Le Prof. Zuckerkandl a envoyé à Frey l'os temporal d'un adulte qui pouvait facilement se dissocier dans les trois parties constituantes : la squame, la pyramide et la partie tympanale. L'étude de cette préparation a conduit Frey à proposer un changement dans la terminologie.

SOCIÉTÉ HONGROISE DE RHINO-LARYNGOLOGIE (1)

Séance du 27 mars 1906.

Président : Navratil.

Secrétaire : Zwillinger.

1. Steiner. — **Etiologie des sinusites.** — La communication tend à prouver le bien fondé de la théorie de Michel, Grunwald sur l'ozène considéré comme maladie d'origine.

Deux cas du service de Navratil sont présentés. Dans l'un, une sinusite maxillaire et ethmoïditale antérieure, dans l'autre, une sinusite sphénoïdale étaient la cause d'un ozène. En étudiant la sécrétion sur 12 autres cas d'ozène, l'auteur a trouvé que la sécrétion est d'abord claire comme de l'eau ou blanc grisâtre, fluide, non

(1) Compte rendu par Lautmann d'après le *Bulletin officiel*, publié par Zwillinger.

suppurée. Elle est facilement coagulable et moule en se coagulant la forme des cornets. Au moment de sa sécrétion, elle n'a pas d'odeur.

Discussion.

NAVRATIL n'a jamais pu constater la corrélation entre sinusite et ozène. Il s'agit pour lui de deux maladies différentes. Il persiste à croire que l'ozène est une maladie bacillaire. L'atrophie et l'odeur ne suffisent pas pour le diagnostic d'ozène, il faut encore le bacille caractéristique.

BAUMGARTEN distingue également entre la maladie ozène et la sinusite, mais pour lui le bacille capsulaire n'est pas pathognomonique.

DONOGANY. — Le bacille capsulaire se trouve presque dans toutes les suppurations nasales et n'est pas du tout caractéristique pour l'ozène. De même l'atrophie n'est pas caractéristique pour l'ozène et se trouve avec les mêmes caractères dans l'ozène et dans la sinusite.

STEINER en conclusion dit que la théorie bacillaire paraît peu soutenable et que le nombre des cas d'ozène indépendant des sinusites est très rare.

2. ZWILLINGER. — **Paralysie tabétique du larynx et du voile du palais.** — Chez un malade présenté par Zwillinger on constate une paralysie du postérieur droit, de l'interne gauche et du voile du palais. La paralysie du voile du palais est très rare dans le tabès. Le cas prouve (après bien d'autres) que l'innervation du voile du palais est en rapport avec celle du larynx et non pas avec celle de la face.

3. ONODI. — Radiogramme d'un diverticule de l'œsophage. Remplissage du diverticule par le bismuth.

Séance du 24 avril 1906.

Président : NAVRATIL.

Secrétaire : ZWILLINGER.

1. ONODI présente : a) **un adénome papillifère du nez partant du** méat moyen ; b) **un lymphangiome hypertrophique du palais.**

2. D. NAVRATIL. — **Rhinite à pseudo-membranes.** — Jeune fille de 14 ans, se plaint d'obstruction nasale depuis sept semaines. Les cornets inférieurs sont tapissés avec des membranes qui se laissent difficilement enlever. Examen diphtérique négatif. L'étroitesse du méat inférieur a obligé Navratil à réséquer la muqueuse des deux cornets inférieurs. La malade est restée sans récidive.

3. D. NAVRATIL. — **Quatre cas de polypes rétro-nasaux.** — Dans le 1er cas il s'agit d'une sinusite ethmoïdale gauche qui entretenait des polypes dans la narine gauche et un grand polype (grandeur œuf de poule) dans le naso-pharynx. Dans le 2e cas, un étudiant en médecine se plaint de tendance aux vomissements et d'obstruction nasale. On trouve dans le cavum une tumeur ulcérée de $0^m,05$ de longueur. En examinant avec le spéculum de Killian on trouve que le polype prend naissance au pôle postérieur du cornet moyen. Le 3e cas concerne un garçon de 12 ans qui porte des polypes en masse dans la narine gauche et le cavum. Dans le 4e cas, il s'agit encore d'une sinusite ethmoïdale donnant naissance à une quantité de polypes dans le méat moyen et à un grand polype kystique dans le cavum.

Discussion.

ONODI connaît un cas analogue dans lequel le polype descendait jusqu'au cavum oral.

DONOGANY dit que les nausées dépendent de la tolérance du malade et non de la dimension du polype.

BAUMGARTEN préfère pour l'ablation de ces polypes une pince spéciale introduite par le pharynx.

4. D. NAVRATIL. — **Sinusite sphénoïdale** guérie par voie endo-

nasale. Un malade de 22 ans se plaint de douleurs dans la région frontale gauche et à l'occiput depuis huit jours. Cornet moyen tuméfié, mais pas de pus. Navratil suppose une sinusite et applique la bande de Bier pendant trois jours sans résultat. Le quatrième et le cinquième jour, il emploie des tampons de cocaïne, le sixième jour, la vision du malade et les mouvements oculaires sont diminués, la céphalée a augmenté. Le septième jour, ponction du sinus maxillaire et résection totale du cornet moyen. Les jours suivants, fièvre, céphalée, syncopes. Pas de pus dans le nez. Ouverture du sinus sphénoïdal avec un petit crochet. Trois cuillerées à café de pus en sortent. Large ouverture de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. L'état général s'améliore, l'état local guérit en trois semaines.

Discussion.

POLYAK. — La méthode de Bier devait échouer dans ce cas parce que le pus se trouvait sans issue. Quant à la technique suivie par Navratil, Polyak s'est fait une règle de terminer toutes les opérations nasales dans une seule séance.

ONODI ne recommande pas le procédé de Killian (à travers l'ethmoïde) pour ouvrir le sinus sphénoïdal.

5. NAVRATIL. — **Emphysème cutané consécutif à une résection sous-muqueuse de la cloison.** — Il s'agissait d'un garçon de 9 ans opéré d'après Hayek Menzel. La plaie a été suturée ; les deux fosses nasales ont été tamponnées après l'opération. Le lendemain de l'opération l'enfant éternue et, de suite, la figure et le cou enflent à gauche quatre ou cinq fois leur volume normal. Cet emphysème disparait au bout d'une demi-journée. Le troisième jour, l'enfant fait une otite moyenne gauche (côté de l'opération) qu'il faut paracentéser. Guérison complète en trois semaines. Navratil n'exécute la résection sous-muqueuse que dans les cas d'absolue indication. Il préfère remédier à la sténose par la turbinotomie. Il est arrivé à cette conclusion à la suite de l'expérience suivante. Chez un malade, à la suite d'une correction d'une déviation du septum, il y a eu hypercorrection du septum. Après l'opération il y avait sténose des deux côtés. Il a fallu faire la résection des deux cornets inférieurs.

Discussion.

POLYAK fait rarement la résection du septum. Il commence toujours par la résection du cornet inférieur à laquelle il ajoute, si nécessaire, la résection du septum.

6. Navratil. — **Papillomes du larynx et laryngofissure.** — Il a essayé la transplantation d'après Thiersch sur les endroits curtés du larynx. La greffe n'a pas pris à cause de la sécrétion provenant des papillomes.

Discussion.

Lipscher dit que la thierschisation a échoué parce que la plaie opératoire n'était pas unie, ce qui est nécessaire pour que la greffe réussisse.

E. de Navratil. — Le traitement endo laryngé des papillomes récidivants est à rejeter. Il faut toujours faire la laryngofissure et enlever la base.

D. de Navratil. — La cause de l'échec de la greffe tient à ce que le malade n'a pas été opéré la tête pendante, qu'il a aspiré un peu de sang, qu'il y a eu de la température et que le malade a toussé. La plaie était complètement unie.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Expériences sur la névrite dégénératrice, par Wittmaack (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome XVII, n° 3).

Après un article clinique sur la névrite toxique de l'acoustique, analysé dans les *Annales*, tome XXXI, p. 493), W. reprend aujourd'hui la question au point de vue expérimental. Ce travail de laboratoire devra être lu dans l'original. LAUTMANN.

Contribution à l'examen histologique de l'oreille, surtout de sa partie nerveuse, Wittmaack (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome XVII, n° 3).

Cet article ne se prête pas à une analyse. Il contient un exposé de la technique suivie par l'auteur, avec plusieurs formules de fixation et coloration. LAUTMANN.

Deux cas de surdi-mutité congénitale partielle, par TRIFILETTI (*Revue hebdomadaire de laryng.*, etc., 10 mars 1906).

Le 1er cas a trait à une surdi-mutité congénitale partielle dont la cause la plus probable est l'alcoolisme paternel. Il persistait un reste d'audition ; il y avait une espèce de fovea centralis de l'audition, mais reportée plus en haut de l'échelle, par conséquent moins apte à la perception de la voix ordinaire de conversation ; de fait, il fallait employer une voix de conversation plutôt élevée pour être compris de la malade. D'ailleurs, cette malade n'avait pas développé son langage parlé surtout, parce qu'elle n'avait suivi aucun exercice acoustique.

Le 2e cas est une surdi-mutité congénitale, liée à des végétations adénoïdes du cavum naso-pharyngien, probablement congénitales ou contemporaines du premier âge. Le sujet fut opéré, l'enfant commença à entendre, mais l'amélioration du mutisme fut excessivement lente. C'est que la présence des végétations avait mis aussi obstacle au développement des centres acoustiques cérébraux. Il existe ainsi des malades qui ne sont plus sourds, mais relativement muets et qui ont surtout besoin d'exercices phonétiques. A. HAUTANT.

Etiologie et traitement de la suppuration du labyrinthe, par W. MILLIGAN (*Lancet*, 19 février 1904.)

Milligan donne les détails de 3 cas, accompagnés d'une bibliographie complète. SAINT-CLAIR THOMSON.

Un cas peu ordinaire d'abcès cérébral ; Abcès temporo-sphénoïdal bilatéral ; opération, guérison, par A. L. WHITEHEAD (*Lancet*, 13 février 1904, p. 428).

Le titre de cette communication annonce suffisamment de quoi il s'agit. SAINT-CLAIR THOMSON.

Abcès du lobe temporo-sphénoïdal d'origine otique, opération, guérison, par JOHN PATRICK (*Glasgow med. journal*, mars 1904, p. 180).

Le malade était porteur d'une otite moyenne chronique datant de cinq à six ans. Trois semaines avant d'être examiné par l'auteur, il avait commencé à ressentir des douleurs dans l'oreille, puis dans la tête. Un otologiste consulté enleva des masses polypeuses du

fond de la caisse mais sans qu'il se soit produit d'amélioration. Les douleurs augmentèrent puis s'accompagnèrent de vertiges, puis de frissons à deux reprises. Le malade fut pris de vomissements, puis survient un état subcomateux deux jours avant son entrée à l'hôpital.

L'auteur pratiqua une incision pour ouvrir la mastoïde, mais dépassa le but et tomba sur la dure-mère qu'il incisa, puis sur le cerveau qu'il ouvrit et d'où s'écoula une notable quantité de pus. L'ouverture osseuse fut élargie en bas et en avant, toutes les cellules mastoïdiennes furent largement ouvertes et mises en communication avec l'oreille externe. Les plaies cérébrale et mastoïdienne furent drainées. Le malade éprouva encore des symptômes cérébraux pendant trois jours, puis ceux-ci se calmèrent et la guérison se fit progressivement. A. RAOULT.

Aphoristique ou abrégé symptomatologique des otites et de leurs complications à l'usage des médecins non spécialistes, par SUÑÉ Y MOLIST (*Revue hebdomadaire de laryng. otol. et rhin.*, 17 février 1906).

L'auteur étudie les caractères des symptômes des maladies de l'oreille et leurs relations réciproques ; il passe en revue la douleur, la surdité, les bourdonnements, les vertiges, etc., et il montre comment, si on ne connaît pas le maniement du speculum auris, il est possible cependant de faire un diagnostic exact ou très approximatif de presque toutes les formes d'otites. Il résume ainsi la pathologie auriculaire en quatre-vingts propositions qu'il est impossible d'analyser. A. HAUTANT.

II. — *NEZ*

Extraction de polypes chez un hémophile, par BROSS (*Monatsch. fur Ohrenheilk*, n° 11, 1905).

L'auteur exerçant depuis peu publie une expérience personnelle sur un hémophile, opération à l'occasion de l'extraction des polypes, qui lui a procuré probablement de grosses émotions. Il désire mettre les confrères en garde contre l'oubli qu'on commet assez souvent en ne s'informant pas si le malade à opérer est hémophile ou non. LAUTMANN.

Sur les relations du nez et de l'appareil génital de la femme, par Marcel Falta (*Monatsch. fur Ohrenheilkunde*, n° 11, 1905).

Ce travail de Falta est une contribution en faveur de la théorie de Fliess. Comme tous ceux qui ont agi d'après les préceptes de Fliess il a pu arrêter la douleur de la dysménorrhée en cocaïnisant les points indiqués par Fliess. Il a provoqué dans 2 cas l'avortement par suite des interventions intra-nasales, il a pu améliorer, par un traitement endo-nasal des femmes qui n'ont retiré aucun bénéfice d'un traitement gynécologique. Il lui paraît invraisemblable de mettre les effets obtenus sur le compte de la suggestion ou de la cocaïnisation. Ce travail quoique manquant d'originalité est en somme précieux parce qu'il prouve que la découverte de Fliess vaut plus que d'être passée sous silence, mais un reproche est à faire à Falta et il le partage avec tous ceux qui ont écrit dans son sens sur le même sujet, c'est de ne pas avoir suivi assez longtemps les malades, et de s'être contenté d'une observation de quelques mois seulement. LAUTMANN.

Cause et traitement du rhume des foins, par le Prof. Dumbar (Hambourg) (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, juin 1905).

Dans cette communication, le Prof. Dumbar revient sur les causes du Hay fever non seulement en Europe, mais aussi en Amérique du Nord ; il conclut à l'identité de nature de l'affection dans les deux régions (bien que les plantes incriminées soient totalement différentes), et à l'efficacité de sa « Pollantine » dans le traitement du catarrhe automnal américain.

En ce qui concerne le rhume des foins ou catarrhe printanier d'Europe, l'auteur, après avoir rappelé sa description clinique bien connue, déclare ne plus croire à sa pathogénie microbienne, ainsi qu'il l'a cru à un moment donné.

Les grains de pollen du froment et du seigle agissant sur un terrain particulier sont la cause des phénomènes constatés, ainsi qu'il résulte des expériences entreprises par l'auteur à ce sujet. C'est le contact du pollen sur la conjonctive, ou sur la pituitaire, ou sur les deux à la fois, qui provoque l'accès.

Du pollen, projeté dans une chambre où sont enfermés des patients sujets au hay fever et d'autres individus normaux, ne provoque rien chez les derniers, et immédiatement un accès chez les premiers.

Si, au lieu de pollen on projette des poussières, aucun phénomène n'apparaît chez les prédisposés au hay fever.

Enfin, chez les prédisposés, le pollen produit le même effet en injection sous-cutanée. L'irritation atteint même une intensité extraordinaire (bouffissure de la face, éruption d'urticaire).

Il faut donc voir dans l'action du pollen autre chose qu'une action de contact.

Quelle est donc la partie agissante du pollen ?

On sait que celui-ci contient, à l'intérieur d'une double enveloppe de cellulose, un produit spécial appelé fovilla.

Les crochets que présente la surface de l'enveloppe extérieure ne peuvent être mis en cause, car beaucoup de grains de pollen actifs en sont dépourvus.

L'auteur a cherché, parmi les différents produits que contient la fovilla, celui qui se montrerait expérimentalement actif.

Il a pu ainsi éliminer : les huiles éthérées, les grains d'amidon, les enzymes.

Le principe actif est une toxalbumine soluble.

C'est cette toxalbumine (extrêmement active puisque des quantités infinitésimales provoquent expérimentalement l'apparition des troubles du hay fever) qui, en se dissolvant dans le mucus nasal ou dans les larmes qui le charrient dans les fosses nasales, ou bien en passant dans la circulation générale quand on injecte le pollen sous la peau, est la cause du rhume des foins.

L'extrême activité de cette toxalbumine explique l'apparition du rhume des foins au centre des villes puisqu'il suffit de la présence de quelques grains de pollen pour produire des symptômes très intenses chez les malades très sensibles.

La nécessité pour la toxalbumine d'être dissoute dans le mucus ou les larmes pour produire ses effets, explique l'influence des brusques changements de température, des nombreuses poussières, des ablutions de la face, sur l'apparition du catarrhe printanier ; ces différentes conditions provoquent plus ou moins la sécrétion du mucus nasal.

Enfin, la possibilité de stériliser la toxalbumine ruine définitivement la théorie microbienne du rhume des foins ; la toxine ne devient inactive qu'à 150°.

Pourquoi certaines personnes sont-elles si sensibles à l'action du pollen des graminées, et certaines autres complétement insensibles ?

Trois hypothèses peuvent être faites :

1° Les personnes sujettes au hay fever ont leurs humeurs cons-

tituées de telle façon qu'elles transforment la substance du pollen en un produit éminemment toxique. Cette explication est ruinée par ce fait que le mélange de toxine et de sérum sanguin des malades atteints de hay fever est absolument inactif envers les sujets sains.

2° Les sujets sains ont dans leurs humeurs une antidote de la toxine pollinique. Mais cette dernière, mélangée au sérum des sujets normaux, conserve, vis-à-vis des patients atteints de hay fever, tout son effet nocif.

3° Il s'agit d'un trouble, d'une susceptibilité particulière, des terminaisons nerveuses, ou des cellules de la muqueuse olfactive ou conjonctivale. Des recherches en cours font croire à l'auteur qu'il s'agit d'une susceptibilité particulière des cellules de la muqueuse. Il existerait aussi une relation entre le hay fever et l'influenza.

La découverte de la toxine pollinique devait faire rechercher son antitoxine.

Après différents essais sur le lapin, la chèvre et le cheval, l'auteur a reconnu que ce dernier animal était un des plus sensibles à la toxine pollinique, et, en faisant des inoculations intraveineuses de plus en plus fortes, a pu obtenir un sérum antitoxique.

Ce sérum est surtout prophylactique.

Trois gouttes injectées dans l'œil d'un patient à une demi-heure d'intervalle suffisent pour lui assurer l'immunité pendant plusieurs heures et souvent pendant toute la journée.

Le procédé est donc extrêmement simple.

Quelques médecins paraissent rechercher de préférence un sérum s'inoculant par voie sous-cutanée. Ce procédé est rejeté par l'auteur, parce que rien n'est plus simple que de verser une goutte de liquide dans le cul-de-sac conjonctival d'un malade et aussi parce que beaucoup de malades sujets au rhume des foins, sinon tous, ont, sous l'influence de l'injection de sérum de cheval *normal*, une réaction inflammatoire locale très intense.

Toutefois, le sérum pouvant s'infecter au contact des larmes, et les substances antiseptiques, employées pour s'y opposer, étant irritantes pour la conjonctive, le Prof. Dumbar se sert d'un sérum desséché, pulvérisé et mélangé avec un peu de sucre de lait destiné à faciliter la dissolution du produit dans les larmes.

Il suffit d'appliquer sur le bord libre de la paupière inférieure, à l'aide d'une petite spatule ou d'une petite brosse, la valeur d'une tête d'épingle du produit, et d'abaisser la paupière pour en faciliter la dissolution. Moins de 3 grammes suffisent pour préserver un malade pendant toute la durée du hay fever.

L'auteur insiste sur la nécessité d'employer de toutes petites doses; les insuccès étant souvent dus à l'usage intempestif du produit.

Les malades devront clore les fenêtres de l'appartement pendant la nuit.

Le traitement sera fait le matin, au réveil, avant que le malade ne sorte du lit. La sensation de froid qui se produit alors provoque, en effet, la sécrétion de la muqueuse nasale qui met en liberté la toxine du pollen ayant pu pénétrer dans la fosse nasale pendant la nuit. Malheureusement, la présence de l'antitoxine ne suffit pas toujours à empêcher le premier accès du matin (expérimentalement d'ailleurs, c'est au matin que les sujets se montrent le plus sensible à la toxine). Certains malades se trouvent mieux de l'emploi du sérum le soir en se mettant au lit, ou deux ou trois heures avant le coucher.

Tous les Etats européens présentent, au printemps, des cas plus ou moins nombreux de hay fever. Dans l'Inde, la floraison du riz provoque, comme en Europe, le hay fever; celui-ci existe également en Australie. Il y a une exception pour les Etats-Unis et le Canada.

Dans ces deux pays, les symptômes se produisent non pas au printemps, mais en automne. Il y a bien quelques sujets, mais rares, qui sont atteints, comme en Europe, au printemps. Il s'agit alors de véritable hay fever causé par le pollen du froment très abondant en Amérique. Dans l'immense majorité des cas, ce ne sont pas les mêmes patients qui sont atteints en été et en automne, cependant le cas contraire peut se présenter et ces malades sont alors atteints de juin à octobre.

La cause de ce catarrhe automnal des Américains est le pollen de deux plantes extrêmement abondantes en Amérique : les ambrosia vulgairement connues sous le nom de rag-weed, et la verge d'or de la famille du Solidago.

Du pollen de ces deux plantes, l'auteur a retiré une toxalbumine qui, absolument sans effet sur les sujets sains, provoque le catarrhe automnal chez les sujets souffrant du catarrhe automnal.

L'ambroisie semble cliniquement avoir une action plus manifeste que la verge d'or puisque certains sujets atteints de catarrhe automnal peuvent froisser cette dernière, se frotter les paupières avec ses fleurs sans provoquer d'accès. Néanmoins l'instillation de la toxine a toujours provoqué l'apparition du catarrhe.

Chez la plupart de nos sujets européens atteints de hay fever,

la toxine de la verge d'or ou de l'ambroisie est sans effet. Certains sujets cependant, comme le Prof. Dumbar lui-même, réagissent par un accès caractéristique. D'ailleurs, il semble qu'il y ait en quelque sorte une accommodation de la muqueuse chez les prédisposés, puisque lors d'un premier voyage en Amérique en automne, l'auteur ne fut pas incommodé, tandis qu'à un deuxième voyage, il présenta de violents accès, calmés d'ailleurs par son sérum.

L'auteur conclut que hay fever et catarrhe automnal sont de même essence, et doivent bénéficier de l'emploi de son sérum.

L'usage de son sérum en Amérique a donné des résultats qui ne sont pas absolument concordants. C'est qu'il faut, pour avoir des résultats, se conformer strictement aux indications données plus haut; surtout employer toujours des doses minimes.

Le sérum desséché de Dumbar est fabriqué sous le nom de Pollantin, chez Schimmel et C°, à Miltiz, près Leipzig.

H. CABOCHE.

La sérothérapie du hay fever, par HANAU W. LOEB (*Annals of otology, rhinology, laryngology*, juin 1905).

L'Amérique, comme l'Europe, cultive le froment, et, comme elle et pour cette cause, souffre du hay fever, du catarrhe printanier. Mais bien plus fréquent encore est, chez elle, le catarrhe automnal provoqué par le pollen des ambroisia et de la verge d'or. Dans la première catégorie de malades, l'auteur n'a eu qu'à se louer de l'usage du Pollantin. Pour la deuxième catégorie, il semblait *a priori* qu'une antitoxine fabriquée par immunisation à l'aide des toxines de l'ambrosia ou de la verge d'or serait le remède logique et c'est ce qui résulte des quelques cas traités par cette antitoxine qui lui a été donnée par le Prof. Dumbar.

Dans tous les cas, il faudra toujours se conformer aux règles prescrites par l'inventeur de ce mode de traitement si on veut en retirer les bénéfices qu'il en obtient lui-même.

Un certain nombre de symptômes, notamment l'obstruction nasale, ne sont pas soulagés par l'emploi du sérum uniquement parce qu'ils sont sous la dépendance de lésions nécessitant l'intervention chirurgicale (crêtes de la cloison, polypes du nez).

Dans un certain nombre de cas, même l'obstruction nasale a pu s'opposer à la convenable insufflation du sérum desséché dans la fosse nasale.

L'intervention d'un médecin habitué aux manœuvres rhinologiques est donc indispensable pour la direction du traitement.

H. CABOCHE.

La résection sous-muqueuse du septum nasal. Nouvelle technique à l'aide du nouveau bistouri à bascule de l'auteur, réduisant la durée moyenne de l'opération à quelques minutes, par William Lincoln Ballenger (*Journal of otology, rhinology, laryngology*, juin 1905).

L'originalité du procédé consiste, comme l'indique le titre, dans l'emploi d'un bistouri spécial, très ingénieux, permettant l'ablation rapide de toute la portion cartilagineuse en une seule pièce.

Ce bistouri se compose d'un manche à l'extrémité duquel est fixée une sorte de fourche destinée à embrasser le cartilage une fois dénudé. A l'extrémité de la fourche opposée au manche est fixé une sorte d'étrier tranchant, s'attachant par deux pivots à chaque extrémité de la fourche. C'est cet étrier tranchant qui va entourer le cartilage, guidé par les deux extrémités de la fourche qui le dépassent de 2 ou 3 millimètres.

La construction est telle que la résistance du cartilage tient toujours le tranchant dans la direction suivant laquelle sont dirigées les extrémités de la fourche : en haut, si elle est dirigée en haut, en bas, si elle est dirigée en bas, en avant, si elle est dirigée en avant, etc. On peut donc faire prendre à la lame toute direction désirable et tailler ainsi un lambeau cartilagineux de telle forme que l'on veut.

L'auteur reconnaît lui-même que, pour les déviations très angulaires, l'écartement des deux branches de la fourche n'est pas assez considérable.

L'incision de la muqueuse est faite soit suivant le tracé de Killian, soit suivant le tracé de Hajek.

La muqueuse étant décollée sur les faces convexe et concave du cartilage, l'auteur fait l'ablation du cartilage en une seule pièce à l'aide de son bistouri. Il enlève alors la partie antérieure du vomer et l'épine nasale à la pince-gouge.

Enfin à l'aide des scies de Kyle, qu'il a modifiées de façon à pouvoir les utiliser à la résection sous-muqueuse, il trace sur la lame perpendiculaire un petit lambeau quadrilatère qu'il enlève ainsi en une seule pièce.

Le résultat opératoire est-il donc meilleur en enlevant ainsi en grandes aires la cloison déviée, et la pince-gouge ne va-t-elle pas aussi vite que les scies de Kyle ?

H. CABOCHE.

Déviation de la cloison nasale. Revue critique de leur méthode de redressement par la résection fenêtrée avec une statistique de cent-seize opérations, par Otto T. Freer, M. D. (Chicago) (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, juin 1905).

Nouvel article sur un sujet que l'auteur a déjà traité en décembre 1903 dans le *Journal of the American med. Association.* Il donne les améliorations qu'il a apportées à sa méthode qu'il compare aux différents procédés parus depuis (Killian, *Arch. f. laryngol.*, 1904; Hajek, *Fraenkel's Archiv.*, 1904; White, *Boston med. j.*, 1904; Zarnico, Mueller, etc...).

Le sujet est d'actualité en France, aussi donnerons-nous de ce travail une analyse un peu étendue.

La classification étiologique des déviations en traumatiques et non traumatiques ne semble pas justifiée à l'auteur; cette étiologie est le plus souvent, en effet, confuse, et mieux vaut classer les déviations uniquement d'après leurs formes.

La résection sous-muqueuse de la cloison déviée peut être pratiquée chez l'enfant, à la condition toutefois d'enlever tout vestige de déviation sous peine de récidive du fait de la croissance.

Passant en revue les résultats par lui obtenus, Freer constate que le résultat s'est maintenu après deux ans et deux ans et demi; la cloison a repris, ou à peu près, sa fermeté primitive. Il est donc probable que le cartilage et l'os se reproduisent après application des lambeaux périchondro-muqueux.

L'auteur n'a jamais observé de déformations extérieures après ses interventions. Néanmoins, il estime sage de conserver un lambeau cartilagineux au niveau de l'arête dorsale du nez extérieur.

Comme soins préliminaires, il est de grande utilité de pratiquer la section des vibrisses du vestibule. Si l'on doit opérer dans des fosses nasales suppurantes, faire pendant plusieurs jours des irrigations et applications quotidiennes d'Argyral à 25 $^0/_0$ jusqu'à disparition de la suppuration.

Bien que la position assise du patient donne à l'opérateur une vue plus exacte du champ opératoire, la position couchée est plus agréable au malade et c'est elle qui est adoptée par Freer. Une disposition de sa table d'opération permet d'élever la tête pour l'exécution de certains temps opératoires.

Pas d'anesthésiques généraux. Après un badigeonnage des deux surfaces de la cloison avec une solution de cocaïne au $^1/_{20}$, une application de poudre de cocaïne pure à l'aide d'un petit tampon humide suffit à l'anesthésie, sans qu'il y ait jamais d'accident. Une

injection sous-cutanée muqueuse de cocaïne est pourtant nécessaire à la partie tout à fait antérieure du septum.

Un aide est nécessaire pour rétracter les narines à l'aide du rétracteur spécial de l'auteur, et un autre pour éponger le sang au fur et à mesure des progrès de l'intervention.

Les différentes déviations de la cloison peuvent se ramener à trois types principaux :

Déviation à angle vertical ; déviation sous forme de crête antéro-postérieure ; enfin combinaison des deux formes de déviation.

D'une façon générale, l'incision muqueuse est faite le long de la crête angulaire de la déviation, et non au moyen d'une boutonnière muqueuse au-devant de la déviation à la manière de Killian.

Dans les déviations comprenant un angle vertical et un autre horizontal, l'incision muqueuse a la forme d'un L dont la branche verticale suit l'angle vertical, et dont la branche horizontale, partie du pied de la première, suit la crête horizontale en se dirigeant en avant. Il en résulte un lambeau muqueux triangulaire à base adhérant à l'arête nasale et qu'on rétractera en avant à l'aide d'un petit rétracteur. Si la crête horizontale est peu prononcée, la branche horizontale de l'L est faite le long du plancher nasal. Dans les cas difficiles, l'incision horizontale, tracée selon la crête horizontale, peut être prolongée en arrière : l'ensemble des incisions simule alors un T renversé.

Si la crête horizontale existe seule, c'est suivant elle que sera faite l'incision. Toutefois, lorsque cette crête commence loin de la partie antérieure du septum, on fera une incision verticale commençant un peu en avant de l'extrémité antérieure de cette crête et allant de la partie supérieure du septum jusqu'au plancher.

Le décollement de la muqueuse est obtenu au moyen de séparateurs, minces, courbés, les uns à bord mousses, les autres à bords tranchants pour la dissection (nombreuses figures). Tous ces instruments sont droits, la coudure habituelle de toute instrumentation intranasale, est une entrave à l'exactitude des mouvements particulièrement nécessaire pour cette intervention. On attaque la muqueuse du côté convexe ; faire attention de bien pénétrer sous le périchondre, et non entre ce dernier et la muqueuse nasale. Le décollement peut présenter des difficultés au-dessous de la crête horizontale, entre elle et le plancher.

L'adhérence est quelquefois considérable à ce niveau, et le décollement doit quelquefois être momentanément abandonné jusqu'à ce qu'on ait fait une résection du cartilage. Souvent le bistouri est nécessaire pour ce décollement.

La première *incision du cartilage* est faite au bistouri et non avec une rugine coupante, la lame de l'instrument étant tenue obliquement par rapport à la surface cartilagineuse.

En cas de déviation sous forme de crête horizontale, le cartilage est incisé verticalement sur la partie rectiligue du septum, juste au-devant de la déviation.

Dans le cas de crête verticale combinée à une déflexion horizontale, l'incision est faite à la base adhérente du lambeau triangulaire muqueux, parallèlement à l'arête du nez. En outre, de la partie inférieure de cette première incision, on en fait une autre, plus petite, perpendiculaire à la première ; il en résulte un petit lambeau cartilagineux à base adhérente en arrière, et qu'on pourra facilement réduire pour décoller la muqueuse de la concavité de la déviation.

Le *décollement de la muqueuse du côté concave*, généralement facile, se fera avec un élévateur à bord mousse. Toutefois, l'adhérence est parfois extrême au niveau du fond de la concavité, et peut nécessiter l'usage d'un élévateur à bords tranchants.

L'auteur pratique la *résection du cartilage* en une seule pièce. Rarement, il pratique le morcellement du cartilage à la pince. A l'aide de bistouris spéciaux coudés sur le plat et sur le champ, il circonscrit la déviation par une ligne horizontale une autre verticale, et enlève à la pince la déviation ainsi isolée.

Lorsque les parties osseuses de la cloison participent à la déviation, il faut réséquer *tout ce qui est dévié ;* même si la résection doit aller jusqu'au bord du vomer.

L'auteur se sert de la pince de Grimwald qu'il a fait modifier, et qu'il préfère aux pinces de Hartmann, de Jansen-Middletn, de Hajek.

Ce que l'on trouve le plus souvent, c'est un angle plus ou moins horizontal, formé par l'union de la lame criblée et du vomer, ou bien du vomer et d'une portion restante de cartilage. Sans se servir du spéculum de Killian qui lui paraît être une complication, l'auteur enlève la crête osseuse d'avant en arrière avec sa pince emporte-pièce. Revenant ensuite à l'extrémité antérieure du vomer, il s'assure que ses deux faces sont bien dénudées, il complète au besoin, cette dénudation avec un instrument tranchant (car l'adhérence est parfois extrême à ce niveau), puis à la gouge et au maillet, il désinsère l'épine nasale et le vomer d'avec l'apophyse palatine du maxillaire, levant alors la gouge en haut, il rompt en arrière le lambeau osseux isolé. Toutefois, si l'épine nasale et l'extrémité antérieure du vomer, se présentent suffisamment, il en fait l'ablation à la pince coupante.

D'une façon générale, ne jamais tordre, rompre ou arracher, mais sectionner franchement à la pince si l'on veut éviter des fêlures parfois dangereuses au niveau de la lame perpendiculaire.

Pas de sutures. Tamponnement à la gaze imprégnée de sous-nitrate de bismuth.

Etant données les difficultés que peuvent présenter certaines résections, la durée moyenne de vingt minutes, indiquée par Killian, lui paraît insuffisante pour mener à bien cette opération.

H. CABOCHE.

Contribution à la clinique de la tuberculose nasale, par PASCH (*Archiv. für laryngologie*, tome XVII, n° 3.)

Elève du service de Brieger, notre auteur a évidemment eu occasion d'observer un nombre très grand de cette localisation de la tuberculose qui, malgré la profusion de travaux la concernant, restera tout de même un sujet intéressant à l'étude. Ce qui fait l'intérêt de ce travail est le soin avec lequel l'auteur s'entoure, pour appuyer chaque assertion, sur un fait observé par lui. Nous le suivrons, en résumant ses observations.

On distingue deux formes de la tuberculose dont on croit que la forme proliférative (tuberculome) est une forme du début, et la forme ulcéreuse, une manifestation secondaire. Dans la majorité des cas ceci est exact, mais il n'est pas rare de trouver, coïncidant avec une large infiltration tuberculeuse des poumons, un tuberculome nasal. Il sera plus rare de rencontrer une tuberculose ulcéreuse du nez avec état général excellent. Témoin l'observation suivante.

Un homme de 25 ans, bonne santé générale, souffre du nez depuis plusieurs années. Sur la cloison, dans le tiers antérieur, une ulcération superficielle, grisâtre, bien limitée, empiétant sur le plancher du nez et sur la peau de la lèvre supérieure, saignant facilement au toucher à la sonde. Double otite chronique suppurée. Excision de l'ulcération et transplantation d'un lambeau. Guérison en quinze jours. Examen histologique montre la présence de cellules géantes. Revu un an après, nez guéri, légère infiltration d'une bandelette ventriculaire. Pas d'expectoration. Un an et demi plus tard, large tuberculose du larynx, légère infiltration du poumon. En juin 1905, guérison de la tuberculose du nez et du larynx, excepté une légère infiltration de la corde gauche.

Cet exemple montre qu'un individu robuste peut avoir une forme ulcéreuse de la tuberculose nasale, il montre aussi que la

forme ulcéreuse réputée dangereuse peut guérir radicalement, tandis que dans la forme proliférante la récidive est presque la règle.

L'inoculation des bacilles de Koch se fait dans le nez surtout sur la cloison, d'où la localisation principale de la tuberculose dans le nez. Dans tous les livres on trouve la notion qu'à côté du grand foyer tuberculeux existent quantité de nodules miliaires. Qu'une pareille semence existe, la récidive rapide et fréquente après ablation du foyer principal le prouve, mais c'est en vain que dans la plupart des cas on cherchera ces nodules miliaires.

La propagation de la tuberculose se fait quelquefois par perforation du septum et formation des tumeurs du côté opposé.

Une femme de 52 ans se prétendant issue de famille saine, et elle-même sans aucun antécédent pathologique est soignée depuis 5 ans pour une dartre de la joue. Depuis un an et demi même affection du lobule du nez. Se plaint d'obstruction nasale. Examen général négatif. Dans le nez *des deux côtés* à $0^m,01$ de profondeur, une tuméfaction diffuse, épaisse, saignant facilement, bosselée par endroits et nulle part ulcérée. Le septum paraît être, au milieu de la tumeur, perforé. Examen histologique montre la présence de bacilles de Koch.

Dans d'autres cas, la tuberculose a une tendance à se cantonner dans le vestibule du nez en attaquant la peau sur plusieurs endroits à la fois. Dans ces cas la peau externe du nez, abstraction faite du vestibule, reste intacte même si l'affection dure des années. Mais les érysipèles sont fréquents et à leur suite il peut se développer un épaississement éléphantiasique du nez entier. Dans ces cas l'éléphantiasis frappe le plus, et les petites lésions tuberculeuses peuvent passer inaperçues. Voici un exemple :

Une domestique de 41 ans a eu plusieurs érysipèles dans les dernières années, qui ont amené un épaississement de la pointe du nez. Dans le nez, la malade constate l'existence de croûtes et une tendance à l'épistaxis. Dans l'oreille droite des douleurs et de la sécrétion. A l'examen le nez a un aspect rhinophymateux, les ailes du nez et le septum cutané excessivement épaissis, rigides, à peine mobiles. Sur le septum, une croûte, sur la partie cartilagineuse du septum, provoque à l'entrée du nez, une tuméfaction largement implantée, irrégulièrement granulée, de consistance molle, mieux développée du côté gauche que du côté droit. La sonde entre facilement des deux côtés dans cette tuméfaction sans trouver de traces de perforation. Excision, et traitement aérothermique. Examen histologique, bacilles et cellules géantes.

Qu'il y ait des raisons doctrinaires pour distinguer entre le lupus de la muqueuse et de la tuberculose, cliniquement il faut se souvenir que le lupus de la face peut être occasionné et par des foyers lupiques et par de véritables tuberculomes de la cavité nasale. Voici un cas de combinaison de tuberculose et de lupus.

Une couturière de 22 ans, de souche tuberculeuse, est soignée à l'âge de 14 ans pour un lupus récidivant de la main droite. Depuis 1901, lupus du dos du nez et de la paupière droite supérieure. En 1903, traitement d'après Finsen. Depuis 5 ans, tuberculose du bras droit, le coude et le carpe. Dans le nez, le cornet inférieur porte une tuméfaction en choux-fleur d'un demi centimètre, saignant au toucher à la sonde, se propageant sur le bord de l'aile du nez ; à gauche, la partie inférieure du cornet inférieur est irrégulièrement bosselée. Sur le plancher, distant de l'entrée du nez d'à peu près $0^m,02$, plusieurs petites tuméfactions rouge grisâtre.

Des localisations plus rares sont le plancher du nez, la tête du cornet inférieur, du cornet moyen. Pour toutes ces localisations, Pasch cite une observation personnelle. Ces cas sont rares dans la littérature et auraient échappé à l'observation de Pasch, si on n'avait pas eu l'habitude à la clinique de Brieger d'examiner chaque morceau excisé au microscope. Le diagnostic de la tuberculose nasale ne peut pas se faire cliniquement seulement avec certitude. Comme toujours c'est avec la syphilis que la tuberculose est le plus difficile à différencier; soit qu'il s'agisse d'un tuberculome ou d'une ulcération. La marche rapide, surtout l'ulcération rapide, est caractéristique de la syphilis, tandis que l'ulcération tuberculeuse a une marche torpide et reste très longtemps stationnaire. De même la perforation du septum a une tendance très peu prononcée à s'agrandir, de sorte qu'un agrandissement dûment constaté de la perforation plaidera plutôt contre la tuberculose. Cette notion peut servir quand il s'agit d'établir le diagnostic dans un cas de combinaison de ces deux maladies. Comme par exemple.

M. âgé de 24 ans a, d'après l'indication de son médecin, une perforation de la partie cartilagineuse du septum. Spina ventosa d'un doigt. Doutes sur la tuberculose des poumons. Depuis quelque temps, le malade constate que le nez est bouché, qu'il a une tendance à l'épistaxis et à la formation de croûtes. A l'examen, on trouve dans la région de la cloison cartilagineuse, une petite perforation dont le rebord antérieur est normal, à peine un peu épaissi, tandis que le rebord postéro-supérieur se continue par une ulcération qui s'arrête un peu avant la choane. La muqueuse du septum est hypérémiée et tuméfiée. Dans la suite, la perfora-

tion s'est agrandie en arrière, une véritable fonte du septum cartilagineuse. Guérison au bout de plusieurs mois par le traitement anti-syphilitique. Le diagnostic a été fait par la tendance marquée de la perforation à s'agrandir.

Dans l'évolution de la tuberculose nasale, la question est toujours pendante de savoir si l'un des types de tuberculose se conserve toujours ou s'il y a transformation dans l'autre type. Pasch croit que le type est conservé et que toutes les récidives formeront le même type. Ainsi, par exemple, si la tuberculose nasale a commencé par la formation de tuberculomes toutes les récidives, la lésion pulmonaire serait-elle aussi développée que possible, appartiendront au type proliférant.

Au point de vue du pronostic on connaît la bénignité des tuberculomes. On peut les considérer comme inoffensifs pour l'état général, mais excessivement résistants à la guérison locale, car après leur ablation, la récidive est presque constante.

Le traitement de la tuberculose nasale a beaucoup bénéficié des progrès de la technique. Le traitement est par excellence local. Il ne faut pas exagérer l'action des caustiques. Si après l'excision du tuberculome ou de la plaie tuberculeuse, on a cautérisé ou non, le résultat au point de vue des récidives sera le même. L'acide lactique comme caustique sera sans succès. Plus sûre sera l'action de l'acide pyrogallique. La réaction, même après haute concentration, sera minime, l'action, sinon décisive, en tous cas utile. Meilleurs sont les résultats qu'on obtient avec l'air chaud. Pasch recommande la technique décrite par Lermoyez et Mahu dans la *Revue hebd. de laryng.*, etc., 1905, nº 9. Le radium aura peut-être une action plus prononcée, la méthode de Bier est certainement non recommandable.

Nous avons reproduit le résumé des observations sans insister sur le diagnostic histologique. L'auteur a diagnostiqué la tuberculose même dans les cas où il n'a trouvé que de rares cellules géantes. Il va même plus loin, et déclare comme tuberculeuse une préparation dans laquelle il s'est trouvé une seule cellule de Langhans. C'est la seule et peut-être injustifiée critique à faire de ce travail.

LAUTMANN.

Le lupus de la cavité nasale, par HOLGER MYGIND (*Archiv. fur laryng.*, tome XVII, nº 3).

A la suite de deux travaux l'un sur le lupus du larynx, l'autre sur le lupus du pharynx (Analysé *Annales*, tome XXXI, p. 200).

Mygind étudie aujourd'hui le lupus de la cavité nasale. On sait qu'il a examiné deux cents malades appartenant à l'institut de Finsen. La statistique donne à peu près le même résultat que dans les autres localisations du lupus, tant que âge et sexe du malade.

Le lupus intra-nasal est presque toujours associé au lupus de la peau. Tandis que le processus lupique détruit facilement la peau, le lupus nasal peut persister pendant des années sans amener de destruction, à part la perforation du septum qui est relativement fréquente. Le lupus primaire de la muqueuse nasale peut longtemps persister comme seule manifestation.

Son siège de prédilection est l'entrée du nez, surtout le bord libre de l'aile du nez. Les cicatrices après guérison à ces endroits peuvent être caractéristiques en forme de ~. Les déformations du nez sont parfois très disgracieuses (nez de perroquet). Le plus souvent on voit un rétrécissement cicatriciel ; rarement un élargissement de l'entrée du nez par destruction du septum cutané.

Dans le vestibule du nez, Mygind décrit une forme du lupus qui paraît exceptionnelle quoique elle se soit trouvée dans 16 $^0/_0$ des cas observés par Mygind. Cette affection consiste en une plaque cicatricielle qui se développe là où le plancher du vestibule se continue dans celui de la cavité nasale. Là, cette plaque cicatricielle s'élève dans le plan frontal et se termine avec un rebord semi-lunaire. Dans les cas bien développés le plancher du vestibule prend une direction frontale. La plaque se limite très nettement contre le plancher nasal et, en suivant avec la sonde la plaque, on a la sensation de glisser dans une cavité quand la sonde arrive sur le plancher du nez. Cette plaque se forme par cicatrisation des ulcères lupiques situés sur la limite du vestibule et de la cavité nasale. La cicatrisation amène un rétrécissement qui ne peut s'exercer que du côté du vestibule, la muqueuse du plancher étant trop fixement liée à l'os sous-jacent.

Le lupus se localise sur le septum sur la partie cartilagineuse. En conséquence une ulcération osseuse du septum paraît *a priori* être non lupique. Généralement la localisation sur le septum est bilatérale.

Les noyaux lupiques sur le cornet inférieur sont éminemment torpides et laissent des cicatrices peu visibles. Ils forment de petites tumeurs pâles et plates et s'injectent seulement au toucher à la sonde. C'est du reste par le toucher à la sonde qu'on les reconnaît le mieux. A l'inspection seule ils peuvent facilement échapper.

LAUTMANN.

Manifestations des états septiques sur la muqueuse nasale. Contribution à l'étiologie de l'épistaxis incoercible, par F. Misdowski (Breslau) (*Archiv. fur Ohrenheilkunde*, tome XVII, Bd. II).

Les muqueuses participent peu à la septicopyémie. L'épistaxis est mentionnée dans presque toutes les maladies infectieuses excepté dans l'infection septique. Misdowski a eu occasion d'observer pendant quelques heures une enfant de 10 ans qui a été reçue à la clinique Brieger avec le diagnostic d'épistaxis incoercible. L'enfant était couverte de petites ecchymoses. Un tamponnement nasal antérieur n'a pu arrêter l'hémorrhagie. A l'autopsie faite 20 heures après son entrée à l'hôpital, on a trouvé une angine nécrotique comme cause de la septico-pyémie dont est morte l'enfant. La muqueuse nasale est partout recouverte de sang. Après un lavage on la trouve constellée de petites ecchymoses, grosses comme des têtes d'épingles ou des lentilles. La muqueuse est lisse et ne porte nulle part une lésion de continuité. A l'examen microscopique on trouve de véritables colonies de microbes dans les vaisseaux. Nulle part des traces d'inflammation.

En parallèle avec ce cas l'auteur donne la description histologique d'un autre cas examiné seulement sur la table d'autopsie. Ici les vaisseaux ne contiennent pas de microbes; par contre la pituitaire nécrosée par endroits en est remplie. Tandis que dans le premier cas il s'agissait d'une infection hématogène, l'infection dans le deuxième cas s'est faite par la surface. LAUTMANN.

Les troubles oculaires et l'amaurose causés par les affections des sinus postérieurs, par le Prof. Onodi (Buda-Pest) (*Archiv. fur laryngologie*, tome XVII, Bd. II).

Dans plusieurs publications, Onodi a attiré l'attention sur l'importance de la dernière cellule ethmoïdale située dans la petite aile de l'os sphénoïdal. Elle tire cette importance de sa proximité avec le canal de l'optique, et nombre de suppurations du sinus sphénoïdal occasionnant des troubles oculaires doivent être considérées d'après Onodi plutôt comme des suppurations de cette dernière cellule ethmoïdale. Comme les troubles oculaires occasionnés par des sinusites sont plutôt observés par les oculistes, Onodi s'est adressé aux plus connus de l'Allemagne, en leur demandant : 1° si les affections du nerf optique sont fréquemment occasionnées par des affections des sinus sphénoïdal et ethmoïdal, si la relation de cause à effet a été démontrable et si le traitement

nasal a eu un succès pour l'affection oculaire; 2° si des autopsies de ces cas sont connues; 3° si pour la névrite et atrophie optique unilatérale l'affection de ces sinus était caractéristique; 4° si une amaurose double peut coexister sans être en relation quelconque avec une sinusite datant de plusieurs années. Sur ces questions les plus grands oculistes de l'Allemagne (Th. Leber, Schmidt-Rimpler, Sattler, Axenfeld, Hirschberg, etc.), se déclarent être peu documentés par une expérience personnelle. Toutefois, il résulte de leurs réponses, qu'abstraction faite des tumeurs se développant dans les sinus incriminés, les autres affections restaient sans retentissement sur l'œil. Il est intéressant d'entendre à côté de ces ophtalmologistes allemands, de Lapersonne s'exprimer de la façon suivante : « La névrite optique s'observe rarement dans la sinusite frontale, un peu plus souvent dans les sinusites maxillaires ou ethmoïdales, mais elle est surtout la manifestation d'une sinusite sphénoïdale. Un caractère capital de cette névrite purement sinusienne c'est d'être unilatérale. Quoique à la rigueur, les deux nerfs puissent être touchés dans les canaux optiques par une double sinusite sphénoïdale, une névrite œdémateuse double doit plutôt nous faire songer à un processus intra-crânien. »

Il faut dire que cette opinion de de Lapersonne est l'opinion courante, et qu'elle s'appuie sur des cas démontrés par autopsies. Ainsi, Panas a publié un cas d'amaurose et exophtalmie à droite avec phlegmon de l'orbite consécutif à une ostéite de l'os sphénoïdal, ou un cas de Ronge : strabisme, amaurose à gauche consécutif à une sinusite sphénoïdale à gauche. Dans le travail d'Onodi on trouvera encore d'autres cas cités, et surtout on trouvera réunis de nombreux cas observés cliniquement. De tout le matériel patiemment amassé par Onodi, et à lire son travail, on croirait qu'il a fouillé la littérature de la question dans toutes les directions. On peut dégager l'impression que ce chapitre demande une revision faite par le travail commun des rhinologistes et ophtalmologistes. LAUTMANN.

Un cas d'epistaxis particulièrement rebelle, par RICARDO BOTEY (*Archivos latinos de oto-rhino-laryngologia*, nov.-décembre 1905).

Un malade de 41 ans, en proie à une hémorrhagie nasale abondante, fait appeler Botey, après avoir infructueusement essayé les moyens thérapeutiques ordinaires. Incontinent, l'auteur procède chez ce malade à un tamponnement en règle de la fosse nasale

gauche, siège de l'épistaxis. Quelques heures plus tard, nouvelle rhinorragie, mais du côté droit. En dépit de toute son habileté, Botey n'arriva qu'à grand'peine, et après des tamponnements répétés, à se rendre maître de cette épistaxis rebelle. Le patient était arrivé d'ailleurs, à la suite de ces pertes de sang, dans un état de cachexie inquiétant, et dans un profond abattement moral.

Un examen attentif du malade donna la clé du mystère. Il s'agissait d'un artério-scléreux, avec néphrite chronique, hypertrophie du cœur, hypertension artérielle, et la thérapeutique, qui parut assurer le succès du médecin, fut surtout l'administration d'agents vaso-dilatateurs (iodure de potassium, trinitrine, etc.). Il est évident que les hémostatiques vaso-constricteurs (perchlorure de fer, adrénaline, ergotine) risquent en pareille occurrence de donner de forts mauvais résultats. MOSSÉ

Un cas de Rhinolite colosse (110 grammes) par RICARDO BOTEY (*Archivos latinos de rhino laringo-otologia*, décembre 1905).

Homme de 42 ans, robuste et sans antécédents pathologiques, se plaignant d'une obstruction nasale, qui remontait à quatre ans. L'obstruction portait d'abord sur la fosse nasale gauche, mais depuis six mois elle a gagné le côté opposé et la respiration nasale est, au moment où ce malade se présente à Botey, complètement abolie.

Ce malade a une anosmie complète : il présente en même temps un larmoiement peu considérable, et qui, d'après ses affirmations, disparaît par intermittences. Il dégage de son nez une odeur fétide. Il existe un gonflement de la face au niveau des plis naso-géniens, du dos du nez et de la face intérieure du maxillaire supérieur gauche. La branche montante du maxillaire est déjetée en dehors.

En relevant avec le doigt la pointe du nez, on remarque, au fond du vestibule nasal gauche, un corps blanchâtre, lisse et dur, de contact franchement pierreux, lorsqu'on le percute avec un stylet, et entouré de granulations myxomateuses. L'entrée de la fosse nasale est dans sa profondeur rendue imperméable, par une forte déviation de la cloison.

Par la rhinoscopie postérieure, on voit la concrétion pierreuse faire saillie dans le cavum rétro-nasal, et masquer en grande partie la voûte pharyngienne. Au toucher pharyngo-nasal, on perçoit un corps dur, rugueux, énorme, avec disparition des choanes et de la cloison intra-choanale.

Point de céphalalgie : pas de névralgie fronto-nasale ou péri-orbitaire.

Pas de réflexe nasal. Le malade a continué son métier de manœuvre jusqu'en ces derniers temps, sans se trouver autrement incommodé par son affection nasale.

Opération. — Le malade fut chloroformé d'abord avec le masque puis avec l'appareil du Dr Redondo qui facilite les manœuvres nasales. Le malade fut placé en position de Rose, la tête un peu basse, et la figure penchée du côté droit pour bien permettre l'évacuation sanguine.

L'opérateur essaya d'abord l'extraction d'un débris du calcul qui fut saisi, par la fosse nasale, au moyen de fortes pinces. Après de nombreux efforts, on put rompre un fragment de ce calcul, qu'on retira par le nez, non sans avoir légèrement déchiré les tissus antérieurs.

Ce fragment du rhinolithe avait les dimensions d'une grosse noix.

Ce fut en vain qu'on essaya de retirer par la même voie d'autres fragments du rhinolithe, qui occupait, comme on put mieux sans rendre compte, sous l'anesthésie, les deux fosses nasales et une grande partie du cavum.

L'opérateur eut alors recours à l'opération de Rouge. Incision du sillon gingivo labial supérieur, de la première molaire gauche. On désinserre le nez, on détache la cloison, et on remarque que le vomer a en grande partie disparu. Le rhinolithe est alors saisi, au moyen de très fortes pinces, grâce auxquelles on peut extraire divers fragments, mais le calcul qui est plus large que l'ouverture antérieure des fosses nasales ne peut être enlevé par la même voie.

A l'aide de la gouge et du marteau, il faut réséquer une bonne portion des deux branches montantes des maxillaires et, à travers cette brèche, on répète la tentative d'extraction, et, après de grosses difficultés, on retire quelques autres fragments d'une dureté considérable. Mais dans l'ouverture postérieure des fosses nasales, il reste toujours un fragment énorme du calcul qu'il n'est possible ni prudent de refouler vers le pharynx et la bouche, à cause de ses dimensions, des risques d'asphyxie, et de la déchirure fatale du voile du palais.

Il faut reprendre la pince coupante et la gouge, élargir la première brèche et alors, à l'aide des mêmes pinces, Botey finit par extraire le dernier fragment du caillou, qu'il n'avait pu ni broyer, effriter. Ce fragment avait le volume d'un œuf de poule, et

pour en faire l'accouchement il avait fallu employer une telle force de traction, que l'opérateur avait été sur le point de renoncer à amener le calcul, et de garder pour un jour suivant la conclusion de cette laborieuse intervention, à la suite de laquelle les deux fosses nasales sont converties en une sorte de caverne; la cloison, les cornets inférieur et moyen et le labyrinthe ethmoïdal ont disparu. Par cette cavité nasale, les doigts index et majeur, s'enfonçent avec facilité pour arriver jusqu'au cavum.

Le doigt pénètre également dans la fosse nasale par la brèche opératoire et touche quelques débris du rhinolithe encore enclavés dans la voûte, ou les débris qui sont détachés avec précaution, et qui, joints aux fragments antérieurement extraits, sont mis sur la balance. Le poids exact de la rhinolithe, était de 110 grammes. C'est, jusqu'à ce jour, le plus volumineux de tous ceux qui ont été observés ou diagnostiqués.

La couleur de ce calcul, au lieu d'être brune ou noirâtre, comme c'est le cas général, était d'un blanc légèrement jaunâtre, rappelant l'aspect de la porcelaine ou du marbre. De plus, il était lisse et ne présentait ni aspérités, ni creux, comme on a coutume de le voir. La densité de ce calcul, en raison de son volume, était relativement légère.

Le cas, qui vient d'être rapporté, se signale, ajoute Botey, par les particularités suivantes :

1° Déformation très marquée de la face.

2° Destruction partielle de la cloison nasale par le calcul. Les choanes sont ainsi converties en une ouverture unique, rendue encore plus spacieuse par le déjetement complet du vomer sur le côté droit.

3° Par l'écrasement et la destruction partielle des cornets moyens et inférieurs, dont les trois quarts postérieurs ont disparu. Le calcul atteint en haut la lame criblée de l'ethmoïde, et sur les côtés les sinus maxillaires, et les parois internes des deux orbites.

4° Par l'absence complète de toute céphalalgie ou névralgie, malgré l'extrême développement du rhinolithe. A noter également que la fétidité et le larmoiement sont peu marqués.

5° Par la nécessité de recourir à une rhinotomie sub-labiale ou opération de Rouge, avec résection des branches montantes du maxillaire pour extraire le calcul.

6° Par le volume et le poids du rhinolithe, qui, en atteignant 110, constitue un fait sans précédent dans les annales de la littérature oto-rhino-laryngoscopique. Seul, le rhinolite de 85 grammes

dont l'observation a été antérieurement reproduite dans les *Annales*, approchent du cas présent.

MOSSÉ.

Expériences sur le lavage du sinus maxillaire, par MENZEL (*Archiv. fur laryngologie*, n° 17).

A la lecture d'un travail de Lermoyez (*Annales*, novembre 1902) sur la sinusite maxillaire, Menzel s'est arrêté au passage suivant : « L'infection du sinus frontal est à craindre. Deux fois j'ai cru voir apparaître une sinusite frontale en cours de traitement, à laquelle je n'ai pas trouvé d'autre cause que les lavages forcés faits par le malade. Il est facile de comprendre que pour peu que la dégénérescence myxomateuse du méat moyen gêne l'écoulement facile du liquide injecté, ce dernier peut aisément pénétrer par la gouttière de l'unciforme dans le sinus frontal et y apporter les germes dont il est chargé. » Menzel s'est rappelé de 2 cas personnels, observés dans le service de Hajek, où des malades en cours de traitement de sinusite maxillaire d'après la méthode de Cooper furent atteints de sinusite frontale.

Menzel a essayé de contrôler l'hypothèse de Lermoyez par des expériences faites sur le cadavre. Dans une première série, Menzel a fait des coupes sagittales de tête, il a enlevé la paroi externe du sinus maxillaire et la paroi inter sinusale du sinus frontal. Sur presque toutes les préparations, une sonde droite entrait sans difficulté du sinus maxillaire dans le sinus frontal et ethmoïdal antérieur. Il semble qu'il existe une communication directe entre ces sinus. Le jet d'eau injecté dans le sinus maxillaire sortait librement par la brèche du septum inter-frontal, et la moindre pression suffisait pour obtenir ce résultat. Un petit trou de perforation fait dans le sinus ethmoïdal antérieur permit de constater que le sinus ethmoïdal se remplissait également. L'hypothèse de Lermoyez paraissait prouvée.

Mais les conditions de l'expérience ne correspondaient pas à ce qu'on trouve généralement, où ni le sinus frontal ni ethmoïdal n'ont une communication avec l'extérieur. Si Menzel répétait les mêmes expériences sur des têtes intactes avec une eau colorée (éosine) dans *aucun* cas l'eau d'injection n'entrait dans le sinus frontal ou ethmoïdal. Par exception on voyait une petite partie de l'ethmoïde située au dessous de l'insertion du cornet moyen correspondant à la bulbe ethmoïdale, teintée de rose.

Une troisième série d'expériences montrait que si l'on perforait

par voie externe les sinus frontal et ethmoïdal l'eau entrait de nouveau, et que la moindre pression suffisait.

On peut donc, de toutes ces expériences, tirer la conclusion que l'infection directe du sinus frontal est impossible par l'eau de lavage passant par le sinus maxillaire. Dans quelques cas exceptionnels, si la fente entre le cornet moyen et la bulle ethmoïdale est suffisamment large, et si l'entrée de la bulbe ethmoïdale s'y prête, l'eau de lavage peut y entrer et à la rigueur infecter cette cellule.

C'est ainsi qu'on peut comprendre que dans les cas où une sinusite frontale ou ethmoïdale se fistulise, l'eau de lavage du sinus maxillaire entrera dans les deux sinus. LAUTMANN.

Quelques considérations sur le traitement de la sinusite maxillaire, par F. FURET (*Revue hebdomadaire de laryng.*, etc., 14 avril 1906).

Dans les suppurations maxillaires isolées, récentes ou anciennes, sans aucune complication de voisinage, les lavages diaméatiques sont, pour Furet, le procédé de choix. Furet ne s'inquiète guère de savoir s'il a affaire à une sinusite vraie ou à un empyème, car il ne croit pas beaucoup à la réalité d'une pareille division en clinique ; d'ailleurs le signe de capacité est bien infidèle et le signe de Guisez et Guérin ne parait pas inspirer une beaucoup plus grande confiance. Certes, il est important et pratique de séparer l'empyème sans lésions macroscopiques de la muqueuse, d'avec les sinusites vraies, au cas où il s'agit d'un empyème maxillaire consécutif à une lésion fronto-ethmoïdale. Mais cette importance diminue singulièrement lorsqu'on a affaire à un empyème ou à sinusite d'origine dentaire, car dans les deux cas il est indispensable de pratiquer des lavages par le méat après ablation des dents malades.

Furet repousse tout manuel opératoire ayant pour but d'établir une communication entre la bouche et l'antre d'Highmore ; c'est dire qu'il est absolument opposé à l'opération de Lamorier-Desault.

Il repousse le cathétérisme du sinus, rejette la ponction par le méat moyen et introduit son trocart, suivant les données classiques, par le méat inférieur. Il a toujours commencé par adresser le malade au dentiste tout en lui recommandant bien de respecter le plafond de l'alvéole. Il y joint les inhalations mentholées dont il vante les bons effets.

Il rappelle avec Lermoyez les causes d'insuccès des lavages sinusaux et y ajoute « le manque de persévérance et de patience du malade ou du médecin ». Il a remarqué, que lorsque le pus ne se mélangeait plus à l'eau du lavage c'est qu'alors la guérison était proche. Il a obtenu cette guérison, vingt-deux fois sur 36 cas de sa clientèle privée consignés à la fin de son travail, donc dans 80 $^0/_0$ des cas.

Lorsque les lavages échouent, il conseille un Cadwell-Luc.

A. HAUTANT.

Des indications opératoires dans le traitement des sinusites, par A. Capart (*Presse oto-laryngologique belge*, février 1906).

La question des complications rhinogènes et celle des accidents otitiques se montrent à première vue très différentes : alors qu'on observe non rarement des cas de mort d'origine auriculaire, il est beaucoup plus exceptionnelle d'en trouver d'origine nasale. Les indications opératoires ne seront donc pas semblables dans les 2 cas.

Les complications endo-craniennes des sinusites non opérées sont elles fréquentes ? Capart cita tout d'abord l'opinion de Delsaux, de Poli qui se demandent si ces complications ne sont pas plus fréquentes qu'on ne le suppose. Il leur oppose les statistiques de Treitel, Werthein, Dreyfus, Denker, Hajeck, Paunz, ainsi que les opinions de Zarniko, Lermoyez ; il cite un certain nombre de faits ayant trait à des complications spontanées des sinusites et il conclut en disant, les complications mortelles des sinusites nasales existent, mais en raison de l'extrême fréquence des sinusites, nous pouvons considérer ces suites fâcheuses comme infiniment rares et nous ne pouvons pas nous en autoriser pour insister auprès d'un malade pour qu'il veuille bien se laisser opérer.

Certaines interventions n'amènent-elles pas des accidents encéphaliques ? Molly en a ainsi 10 cas ; Luc, Schilling en ont observé des exemples ; Thiele, Mermod, en citent même à la suite d'une intervention radicale par la méthode de Killian ; Capart, Bailey, Moure, Saint-Clair Thomson viennent de publier de nouveaux faits. Ces accidents doivent donc engager à mettre de la prudence dans nos décisions et ils empêchèrent d'intervenir dans les cas où les symptômes éprouvés par le malade ne serout pas en rapport avec les risques du traitement.

Ces complications peuvent-elles être conjurées par une inter-

vention ? Très peu de ces malades échappent à la mort : tels sont les cas de Höpke, de Boley, de Rafin cités dans le travail de Killiau ; ceux de Hopman, Denker, Herzfeld, Meyer et Luc. Ainsi l'apparition de ces complications est presque invariablement un arrêt de mort, ce qui constitue un troisième motif pour nous imposer encore une prudence d'autant plus impérieuse.

A. HAUTANT.

Contribution à l'opération radicale de la sinusite maxillaire chronique, par Prof. DENKER (Erlangen) (*Archiv. für laryngologie*, tome XVII, Bd II).

L'opération de la sinusite maxillaire d'après le procédé de Luc Cadwell a subi une modification heureuse par Boenninghaus. Cette modification consiste en la formation d'un lambeau de muqueuse pris sur la paroi latérale du méat inférieur et implanté sur le plancher du sinus maxillaire. Le but est d'établir une large communication non réductible entre la fosse nasale et le sinus maxillaire.

Dernièrement Kretschmann a exécuté une autre modification. Par la prolongation de l'incision jusqu'au plan médian, Kretschmann met a découvert la paroi faciale du sinus en même temps que l'ouverture pyriforme dans sa partie inféro-latérale. Partant de ce rebord inféro-latéral de l'ouverture pyriforme, il décolle la muqueuse de la paroi latérale du méat inférieur. Il introduit entre la muqueuse décollée et la paroi osseuse un lambeau de gaze et enlève ensuite la paroi inférieure et médiane du sinus maxillaire. Il laisse persister le rebord latéral de l'ouverture pyriforme pour éviter l'effondrement possible des tissus mous. Kretschmann établit une large ouverture entre le sinus et la fosse nasale, mais pour les soins consécutifs il se sert de la plaie buccale qui se ferme généralement dans la sixième semaine.

La plupart des auteurs suivant le procédé Boenninghaus préfèrent donner les soins consécutifs par la bouche, parce que l'inspection du sinus par le nez est impossible. Le plus grand empêchement pour l'inspection détaillée du sinus maxillaire par le nez après l'opération est constitué par le restant de la paroi latérale du méat. Pour éviter cet écueil, Friedrich a proposé une technique où par voie externe on se dirige directement contre cette partie du squelette. Ce procédé est condamnable, mais contient une bonne idée qui a conduit Denker à exécuter une opération qui

unit les avantages de toutes les modifications successivement mentionnées.

Voici son procédé. On introduit un gros tampon de gaze et deux écarteurs pour se donner le plus grand jour sur tout le rebord alvéolaire. Incision à travers la muqueuse et le périoste commençant 1 centimètre au-dessus du bord gengival de la dent de sagesse, allant horizontalement en avant et se dirigeant à 1/2 centimètre du frein de la lèvre supérieure en haut.

En ruginant les parties molles, on découvre la surface faciale et la région de l'orifice pyriforme. Du bord inféro-latéral de l'orifice, on décolle la muqueuse de la paroi latérale du méat inférieur s'étendant un peu sur le plancher et allant en arrière à peu près dans une profondeur de $0^m,04$. Introduction d'un tampon de gaze.

On procède maintenant à l'ouverture classique du sinus maxillaire par la fosse canine. Il est inutile de détruire complètement la muqueuse du sinus. L'hémorrhagie sur le plancher s'arrête par simple tamponnement. On retire les deux tampons et on enlève toute la paroi latérale à partir de l'ouverture pyriforme jusque dans le fond du sinus maxillaire en ayant soin de ne pas laisser de petites crêtes osseuses. On procède ensuite à la formation du lambeau pris dans la muqueuse nasale; on fait une petite ouverture près du plancher. On introduit un bistouri boutonné qu'on conduit en haut à $0^m,01$ à peu près, ensuite horizontalement en arrière au-dessous du cornet inférieur jusque dans le fond où l'on descend de nouveau au plancher. Le lambeau ainsi constitué est fixé par un tampon sur le plancher inférieur. On ferme ensuite la plaie buccale, le tampon est retiré du sinus maxillaire au bout de trois jours. Le sinus est nettoyé par le nez avec des tampons de coton et on insuffle ensuite de l'acide borique. La plaie buccale se ferme dans la première quinzaine et, à ce moment, on fait des lavages du sinus.

L'auteur a opéré 3 cas d'après son procédé.

LAUTMANN.

Radiothérapie de la sinusite maxillaire chronique, par L. Mader (*Archiv. für laryngologie*, Bd. XVII, 2).

Hâtons-nous de dire que la radiothérapie n'aura pas plus d'effet sur les suppurations dans notre spécialité que sur les suppurations de la chirurgie générale. Mader n'a pas la prétention de guérir les sinusites maxillaires par les rayons X, tout au plus la

radiothérapie aura quelque influence heureuse dans les soins post-opératoires. La technique n'est pas simple, mais vu le peu d'intérêt pratique qu'aura cette méthode, il est inutile d'entrer dans la description du dispositif très compliqué, imaginé par Mader pour exposer le sinus à la radiation.

LAUTMANN.

L'ouverture large endo-nasale du sinus sphénoïdal par la fraise, par Steckel (*Archiv. für laryng.*, Bd. XVII, n° 3).

S. propose d'ouvrir le sinus sphénoïdal par sa paroi antérieure d'après les préceptes de Hajek. Comme technique, il propose de se servir de la fraise mue par l'électro-moteur. Il croit pouvoir éviter la perforation du sinus caverneux, la lésion de l'optique, de la carotide interne par l'emploi de fraises spéciales en forme de cônes, dont le bout est poli et arrondi à $0^m,003$. Il est à douter que la fraise puisse détrôner la pince quand il s'agit de manœuvrer un instrument dans un endroit où il faut compter avec chaque millimètre. LAUTMANN.

Contribution à l'anatomie pathologique des sinusites, par Eschweller (*Archiv. für laryngologie*, t. XVII, n° 3).

Dans ce premier article, E. s'occupe de l'histologie pathologique de la sinusite frontale chronique. Malgré la complaisance de l'auteur de résumer ses observations dans un chapitre de conclusion, il nous paraît inutile de traduire ses conclusions qui n'apportent rien de nouveau aux notions classiques. Deux tableaux en couleur.

LAUTMANN.

La mucocèle du sinus ethmoïdal, par Onodi (*Archiv. für laryngologie*, tome XVII, n° 3).

Il n'existe pas, d'après Onodi, un seul cas de mucocèle de l'ethmoïde étudié par la rhinoscopie, par le sondage, par les rayons X et par l'examen histologique. Cette lacune va être comblée par le cas suivant de Onodi.

Une femme de 30 ans a remarqué, il y a 6 ans, une petite tumeur de l'angle interne de l'œil droit. Depuis quatre ans l'œil est poussé en bas et en dehors ; en même temps la tumeur augmente lentement. Aucun trouble visuel. A l'examen on trouve une tumeur fluctuante de la grandeur d'une noisette dans l'angle ocu-

latre interne. Les os du nez, le rebord supra-orbital sont nettement palpables. Epiphora. Légère hypertrophie du cornet moyen et inférieur. Un peu au-dessus de la tête du cornet moyen on voit une petite tumeur grosse comme une noisette. Une sonde entre commodément dans le sinus frontal où elle est vue par les rayons X. Après ponction la petite tumeur du nez laisse échapper un contenu épais d'un jaune clair gélatineux. Au microscope, cellules graisseuses, épithéliales, cristaux de cholestéarine, quelques hématies, quelques leucocytes. Une sonde introduite dans la tumeur pénètre à $0^m,05$. Dans la suite, la tumeur de l'angle de l'œil diminue. Résection de la coque de la tumeur et de la tête du cornet. Une sonde introduite dans la mucocèle montre que la paroi osseuse est intacte. On voit par les rayons X que le sinus est repoussé par la mucocèle. L'examen histologique montre que la paroi interne de la mucocèle est couverte d'un épithélium cilié. Suit en détail la description histologique.

Quant à la genèse de ces mucocèles on ne croit plus à une dégénération kystique de la muqueuse enflammée. On les considère plutôt comme transformation des cavités congénitales qui, au point de vue histologique, correspondent à la structure des cellules ethmoïdales, bulles osseuses. Ces bulles osseuses ont été longuement étudiées par l'école de Vienne. D'après Onodi, la bulle osseuse s'ouvre généralement dans le méat supérieur. Il suffit que l'orifice de la bulle osseuse se bouche pour que nous ayons la mucocèle. Généralement la mucocèle ne devient pas très grande.

Quant au traitement, l'incision par voie externe paraît être moins bonne que par voie endo-nasale. Avellis qui a attaqué une mucocèle par voié cutanée a eu un succès seulement par destruction de la tumeur par voie endo-nasale. De même Hajek ne promet la guérison que par le procédé rhinologique. LAUTMANN.

Sur les tumeurs congénitales bénignes intra-nasales, par MAGNUS (*Archiv. für laryngologie*, tome XVII, n° 3).

La plupart des tumeurs congénitales bénignes intra-nasales sont des polypes qui, à l'heure actuelle, ne peuvent plus être considérés comme des raretés extraordinaires. Mackenzie n'en a pas observé un seul cas chez le nourrisson et chez l'enfant avant 16 ans. Mais depuis ce temps-là Hopmann a ressemblé 177 cas publiés dans la littérature. A la clinique de Gerber, Magnus a observé un enfant de quatre mois, de bonne constitution. La mère s'est aperçue dès la septième semaine que l'enfant respirait diffi-

cilement par le nez. A l'examen, on trouve la narine droite obstruée par une petite tumeur grosse comme une cerise, de couleur rougeâtre, de consistance assez dense. On enlève facilement, en narcose générale, la petite tumeur pelliculée et on reconnaît qu'elle partait du cornet inférieur droit qui paraît atrophié. La tumeur examinée au microscope paraissait bien être un polype muqueux.

LAUTMANN.

Carcinome de la cavité nasale, par G. TRAUTMANN (*Archiv. fur laryngologie*, tome XVII, n° 3).

A propos d'un cancer partant du sinus sphénoïdal, Trautmann fait une revue générale sur le cancer de la pituitaire. Travail accompagné d'un index bibliographique qui, vu la classicité du sujet, ne pouvait pas être complet. LAUTMANN.

Un cas de kyste osseux de l'arrière-fosse nasale gauche. Dilatation ampullaire d'une cellule ethmoïdale postérieure, par BRINDEL (*Revue hebdom. de laryng.*, 24 mars 1906).

Malade atteint d'obstruction nasale à peu près complète de la fosse nasale gauche avec douleurs frontales et légères épistaxis, depuis un an environ. Extirpation de polypes : persistance de la céphalée et de l'obstruction. A la rhinoscopie tumeur unique arrondie, à la partie postérieure de la fosse nasale gauche, remontant sur la face antérieure du sphénoïde, obstruant la choane. Pas de modifications des cornets inférieur et moyen. On pense à un néoplasme et on veut en prendre un fragment pour examen histologique. On constate alors qu'il s'agit d'un kyste osseux dont le point d'attache était la partie la plus reculée de l'ethmoïde près de sa jonction avec le sphénoïde. Extirpation avec une pince de Martin, un doigt dans le cavum refoulant le kyste en avant. Guérison, A. HAUTANT.

III. — *LARYNX*

Contribution au diagnostic différentiel entre les papillomes durs et les proliférations gommeuses du larynx, par O. CHIARI (*Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et rhinologie*, 17 mars 1906).

OBSERVATION I. — Raucité de la voix depuis huit ans, troubles de la respiration depuis quatre mois. Les cordes vocales et les replis

ventriculaires disparaissent sous des végétations nombreuses atteignant presque la grosseur d'un pois, sphéroïdes, rouge pâle, non ulcérées. Aryténoïdes mobiles. Extirpation à la pince coupante. Examen histologique : épithélium pavimenteux très épaissi, envoyant de nombreux bourgeons dans le tissu sous-jacent formé de tissu conjonctif finement fasciculé.

OBS. II. — Enroué depuis deux ans. Troubles respiratoires depuis deux semaines. Syphilis ancienne. Lésions spécifiques de l'épiglotte. Sur les replis ventriculaires et l'épiglotte sont des excroissances lobées de la grosseur d'un haricot, assez irrégulières, en partie rouges, en partie recouvertes par un épithélium blanchâtre. Guérison par le traitement spécifique. L'examen histologique se rapproche du précédent.

Ces deux cas montrent la différence clinique des papillomes et des gommes ; les premières forment des verrues presque égales en volume, non ulcérées, sans cicatrices ; les secondes sont des lobes irréguliers de grosseur très différente et guérissent sous l'influence du traitement spécifique. Au contraire, mêmes examens histologiques. A signaler que l'iodure ramollit les papillomes et facilite l'intervention. A. HAUTANT.

Dédoublement de la corde vocale inférieure, par ALEZAIS (*Revue hebdomadaire de laryng*, etc., 17 mars 1906).

Division incomplète et symétrique de la corde vocale inférieure occupant le ligament thyro-aryténoïdien. Les deux replis membraneux créés par cette division anormale avaient pour charpente une lame fibro-élastique contenant dans sa partie externe des fibres musculaires striées, dissociées. Le repli inférieur contenait seul quelques faisceaux compacts du muscle dont la majeure partie occupait la portion indivise de la corde. Pas de renseignement sur le fonctionnement du larynx. A. HAUTANT.

Bronchoscopie supérieure pour l'extraction d'un noyau de prune de la bronche droite, par LAFITE-DUPONT et ROCHER (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, novembre 1905).

Histoire d'une enfant de neuf ans qui tenait dans sa bouche un noyau de prune ; un violent mouvement d'inspiration fit tomber le noyau dans les voies respiratoires supérieures. Immédiatement, suffocation, angoisse, accès de toux. Ces symptômes se renouvelèrent dans la suite, accompagnés d'expectorations sanguinolentes

et bientôt de fièvre, sueurs profuses et dépérissement progressif. L'examen de l'enfant pratiqué trente-trois jours après l'accident montre à droite un point douloureux se manifestant seulement pendant la toux, une amplitude thoracique sensiblement diminuée. L'auscultation fait entendre un murmure vésiculaire normal à gauche, considérablement diminué à droite. Dans la région du hile du poumon droit, en arrière, on entend aux deux temps respiratoires un souffle tubaire léger, gros râles trachéaux et bronchiques. La radiographie montre une ombre très vague se projetant en avant de l'extrémité interne de la première côte droite.

Opération : malade endormie, mise en position de Rose. Le tube spatule de Killian introduit dans la trachée donne une vue complète sur la bifurcation bronchique où le noyau est vu, saisi et extrait avec la pince à griffe de Killian. Suites opératoires excellentes ; la malade part guérie. M. PHILIP.

Bronchoscopie pour reconnaître la syphilis des voies respiratoires inférieures, par REINHARD (*Monatsch. für Ohrenheilkunde,* n° 11, 1905).

Reinhard étant élève de la clinique de Schrötter a eu occasion de diagnostiquer à l'aide de la bronchoscopie une sténose en forme de diaphragme dans la bronche droite. L'auteur croit que la syphilis des voies respiratoires inférieures est plus fréquente qu'on ne le suppose. Elle peut être une lésion isolée. Le cas observé par R. est d'autant plus intéressant qu'au point de vue technique il aurait pu occasionner quelques difficultés, la malade étant atteinte de péritonite et d'œdème. LAUTMANN.

Un morceau de cartilage dans le sinus pyriforme, par LANDESBERG (*Monatsch. für Ohrenheilkunde,* n° 12, 1905).

Les élèves apprennent à songer à la syphilis dans les laryngopathies. Il faudrait dorénavant leur inculquer également de songer aux corps étrangers quand ils font le diagnostic de néoplasme malin. Car les observations se multiplient pour montrer combien la reconnaissance des corps étrangers du larynx peut être égarée si elle n'est pas soutenue par les anamnestiques. Voici une nouvelle preuve :

Un paysan de 63 ans a été de santé excellente jusqu'au mois de mai 1905 où il commençait à se plaindre de douleurs à la déglutition même de la salive. Cette dysphagie s'irradiait d'abord

dans l'oreille droite et ensuite dans l'oreille gauche. Les douleurs augmentaient tellement que c'est à peine s'il pouvait avaler des liquides. En juin, il commence à se plaindre de dyspnée. Le 20 juillet il se présente à la clinique Schrötter où l'on relève l'état suivant.

L'épiglotte, surtout dans sa moitié droite, est épaissie, le sinus pyriforme droit est rempli par une tumeur bosselée s'étendant sur le cartilage aryténoïde, le ligament ayrépiglottique et la bandelette droite. La bandelette droite est tuméfiée et couvre la corde droite en n'en laissant visible que le bord. La tumeur est recouverte d'une muqueuse lisse, la moitié droite du larynx est immobile. Au cou, le long du sterno-cléido-mastoïdien droit, quelques glandes sont sensibles. Le larynx sensible à la pression, le cartilage thyroïde paraît plus épais dans sa moitié droite que gauche, le reste de l'examen est négatif. On pose d'emblée le diagnostic de sarcome. On prélève par excision une partie de la bandelette droite pour examen microscopique qui ne donne rien de caractéristique. Un examen à la sonde n'a pas été exécuté.

La malade revient le 31 juillet et dit que la dysphagie et la faiblesse ont considérablement augmenté. L'image laryngoscopique était maintenant la suivante :

La tuméfaction de l'épiglotte a diminué, la bandelette droite à peine gonflée montre une membrane blanchâtre sur la place opérée, le sinus pyriforme droit est couvert de lambeaux d'un vert mal coloré. Cette nécrose s'étend sur la paroi pharyngée latérale droite, sur le cartilage aryténoïde et le ligament aryépiglottique droits. Fétor oris. Schrötter jeune frappé de la différence entre l'aspect actuel et celui du premier examen se rappelle subitement d'un cas publié en 1901 sous le n° 57 dans la collection des corps étrangers des voies supérieures.

On avait, dans ce cas, posé le diagnostic de carcinome, faute d'anamnestique ; onze jours plus tard, on a pu rectifier le diagnostic en celui de corps étranger (morceau d'os enclavé dans le sinus pyriforme). Se basant sur cette réminiscence de Schrötter, Lendesberg procède à une cocaïnisation profonde et, après nettoyage, retire du sinus pyriforme, d'un coup vigoureux, un morceau de cartilage long de 0^m,02 et large de 0^m,003. Le malade est immédiatement soulagé après l'opération.

Malgré ce succès, le pronostic ne pouvait être fait qu'avec précaution. L. de Schrötter rappelle que deux complications sont à craindre après extraction, quand la muqueuse est nécrosée : progression de la nécrose vers le médiastin et formation d'un phleg-

mon, arrosion des vaisseaux voisins et hémorragie mortelle. En effet, c'est la deuxième hypothèse qui s'est vérifiée en partie.

Le malade a été soigné les jours suivants surtout avec badigeonnages à l'eau oxygénée.

Brusquement, le 8 août, le malade crache rapidement la valeur d'à peu près un litre et demi de sang. Ligatures des quatre extrémités; la glace, les injections d'ergotine ont enfin permis de conjurer l'hémorrhagie. Après un très long séjour à la clinique, le malade a pu regagner son pays, avec les signes d'une bronchite putride et emphysème. Le 15 octobre, il était encore vivant.

Cette observation est instructive. Les anamnestiques ne peuvent pas compter ni pour ni contre le diagnostic de corps étrangers. Le diagnostic différentiel de néoplasme doit être fait avec celui de corps étrangers; le pronostic est à poser avec précaution.

LAUTMANN.

Les polypes du laryngo-pharynx, par le Dr Ricardo Botey (*Archivos latinos de oto-rino laryngologia*, août 1905).

Cette variété de néoplasme n'a encore été décrite nulle part. Elle constitue en effet un chapitre presque nouveau de la pathologie, puisqu'en dépit de sa symptomatologie très caractéristique, l'auteur n'a pu réunir plus de 24 cas, en dehors des deux qu'il rapporte ci-dessous.

Le premier concerne un malade âgé de 60 ans, qui se plaignait d'avaler avec difficulté depuis plusieurs années, et d'être sujet à des crises brusques de suffocation intense, crises que les médecins antérieurement consultés avaient attribuées à des spasmes de la glotte. Cette opinion parut tout d'abord admissible, l'examen du larynx, du pharynx et des fosses nasales ayant donné un résultat négatif. Quelques temps après, Botey fut le témoin d'un de ces accès de suffocation, et put, malgré la gêne respiratoire très grande du malade, examiner son larynx. L'image laryngoscopique était modifiée. On voyait, sur le vestibule du larynx, une tumeur arrondie pédiculée, lisse, de couleur rosacée et qui obstruait presque complètement la cavité laryngienne. A chaque inspiration, elle oscillait avec un bruit sourd et rauque; le pédicule du néoplasme émergeait des profondeurs du laryngo-pharynx. A l'aide d'un porte-coton laryngien, Botey toucha la tumeur pour avoir une idée de sa consistance, puis il la projeta sur le côté pour faciliter la respiration. Le malade exécuta à ce moment un mouvement de déglutition et le polype s'engouffra dans l'œsophage.

Le larynx reprit alors son aspect normal, et la portion du pharynx visible au miroir, ne présenta plus aucune anomalie, si ce n'est un petit gonflement derrière l'aryténoïde droit. Trois jours plus tard, un nouvel examen permit de constater : 1° l'intégrité du larynx, et 2° après introduction d'un des tubes de Botey pour la pharyngoscopie inférieure réfléchie, l'existence d'un polype qui s'insérait sur la paroi latérale droite du laryngo-pharynx à la hauteur du cartilage cricoïde. A l'aide d'un tube flexible pour œsophagoscopie supérieure, on peut voir qu'au-dessus du bord inférieur du cricoïde et jusqu'à la portion thoracique de l'œsophage, la muqueuse du conduit était normale. — Il saisit alors le polype à l'aide d'un crochet mousse, et l'attira jusqu'au pharynx buccal, puis, avec des pinces, il sectionna aux ciseaux ce polype le plus près possible de son point d'implantation ; malgré tous les efforts, un pédicule de 3 centimètres de longueur resta suspendu dans le pharynx. Celui-ci fut plus tard enlevé à l'anse galvanique.

La portion de pédicule enlevée dès la première intervention mesurait 7 centimètres de longueur. Son aspect rappelait soit une saucisse, soit une luette considérablement hypertrophiée. L'intérieur de la tumeur était creuse et contenait un liquide séro-purulent qui s'égoutta pendant l'opération.

Examen histologique. — Tumeur produite par l'oblitération du conduit excréteur d'une des glandes en grappe qui existent dans la muqueuse pharyngo-œsophagienne. L'accumulation des produits de sécrétion a déterminé la formation de ce kyste muqueux à forme polypoïde.

Deuxième observation. — Vieillard 74 ans ; dépourvu de tout antécédent pathologique. Depuis trois ou quatre ans, gêne à la déglutition, pour les aliments solides ; les liquides sont bien avalés. Depuis six mois, la difficulté à déglutir a beaucoup augmenté. Dans les efforts de vomissement, il projette une masse charnue, longue de plus de 5 centimètres, qui vient pendre sur le menton. Cette masse, qui a le volume du petit doigt, est prise par le patient pour sa luette hypertrophiée, et c'est pour en faire faire l'ablation qu'il se présente à Botey.

Lorsque ce malade ouvre la bouche, sans exécuter le moindre mouvement de déglutition, on voit que le pédicule de la tumeur est formé par deux portions, l'une courte et fusiforme, l'autre, celle qui fait, dans les efforts, saillie hors des voies naturelles, est longue et mince. — Son pédicule s'insère sur la paroi latérale gauche du pharynx, immédiatement au-dessous de la base du pilier postérieur.

En demandant au malade d'avaler son polype, on le voit disparaître de la bouche et du pharynx buccal, et aller se loger dans le laryngo-pharynx, dans la première portion de l'œsophage, où il pénètre à la façon d'un sabre dans son fourreau.

L'ablation du polype fut exécutée séance tenante à l'aide de forts ciseaux courbes et de pinces, l'anse galvanique étant difficile à placer et les pinces laryngiennes, même les plus coupantes et les plus robustes, étant d'une application périlleuse, pour un pédicule aussi large et aussi résistant.

Le polype était lisse, dur et d'une couleur sensiblement pareille à celui de la muqueuse pharyngée. L'excision du polype fut rendue très difficile par les mouvements de déglutition, et les envies de vomir. Aussi l'opérateur ne put-il enlever le polype au niveau de son insertion, dès la première intervention. Il dut laisser un fragment de 2 centimètres de longueur, que le malade refusa absolument de laisser opérer, bien que son extrémité fît procidence sur le vestibule du larynx, mais toutefois sans entraîner la moindre gêne respiratoire ou phonatoire.

Ce polype avait 11 centimètres de longueur : il était élastique et on pouvait l'allonger de 2 centimètres. L'examen histologique démontra que cette néoplasie s'était probablement développée par la dilatation du conduit excréteur d'une quelconque glande du pharynx, entraînant par la rétention des produits la formation d'un kyste. A cause de l'épaisseur de la paroi kystique par endroit, on aurait pu penser à un fibrome, mais l'existence constante d'une cavité centrale, et revêtue d'un épithélium cylindrique, confirma le diagnostic de cystome simple.

Traitement. — Pour extirper ces tumeurs on a recommandé l'administration d'un vomitif, de façon à les projeter hors de la bouche, pour pouvoir les saisir par la bouche et les couper à la pince, à leur racine. Comme on l'a vu dans les cas rapportés par Botey, il n'est pas toujours nécessaire de donner un vomitif.

On peut faire l'ablation à l'anse galvanique si on craint l'hémorragie ou l'extrême résistance du pédicule, mais en définitive il est plus pratique de se servir de la pince et des ciseaux, quitte à enlever plus tard le pédicule à l'anse galvanique.

Dans le cas où le polype entraînerait une obstruction marquée des voies respiratoires, il faudra faire la trachéotomie au malade, et lui enlever ensuite la tumeur par les voies naturelles.

Lorsque le néoplasme ne peut pas remonter jusqu'au pharynx buccal pour être saisi avec les pinces, il est nécessaire de recourir à la pharyngotomie rétro-thyroïdienne ou à l'œsophagotomie externe.

Une fois le laryngo-pharynx ou la portion supérieure de l'œsophage incisés, on saisit le pédicule au niveau de son insertion et on le sectionne.

Dans un dernier temps, on suture la muqueuse et la peau sur toute la longueur de l'incision. MOSSÉ.

Contribution à l'étude des tumeurs inflammatoires du larynx, par HARMER (*Archiv. für laryngologie*, Bd XVII, II).

A la clinique de Chiari on a opéré un homme d'une tumeur du larynx sise sur le cartilage aryténoïde droit. La tumeur, examinée au microscope, ne correspond à aucune tumeur connue ; elle a le plus de ressemblance avec un sclérome. Chiari fait figurer l'image de cette tumeur dans son livre. A propos de ce cas, Harmer passe en revue les tumeurs inflammatoires du larynx avec leurs symptômes connus. LAUTMANN.

Contribution à l'étude des tumeurs de la trachée, par HENRICI (*Archiv. für laryngologie*, Bd XVII, I).

Toutes les tumeurs peuvent se rencontrer dans la trachée, mais les plus fréquentes sont, après l'épithéliome, le goître intra-trachéal. Bruns décrit le goître intra-trachéal de la façon suivante. Le diagnostic de goître intra-trachéal peut se poser avec la plus grande vraisemblance, si chez une personne de bonne santé générale et surtout de jeune âge, une dyspnée généralement croissante se développe, dont la cause est une tumeur sous-glottique, plate, de forme cylindrique, unie, occupant la paroi postérieure ou latérale de la trachée. Seulement les sarcomes excessivement rares peuvent présenter des tumeurs semblables, rondes, unies, largement implantées ; mais elles se développent un peu plus lentement et acquiérant des dimensions plus grandes que le goître intra-trachéal.

En se fiant à cette description, Henrici a fait un faux diagnostic, et c'est dans ce fait qu'il faut chercher la cause de cette publication.

Voici l'observation : Un homme de 61 ans souffre depuis 15 à 20 ans d'atshme. Depuis deux ans il a des sensations désagréables dans la région du cou et, quand il marche, il fait entendre un sifflement dans la poitrine. Le professeur Körner, consulté à ce moment, propose une opération que le malade refuse. Mais dans les deux dernières années, la dypsnée augmente. Le malade a eu la

syphilis il y a quarante ans. Un traitement ioduré est resté sans effet.

A l'examen, l'état général du malade parait médiocre, même au repos la respiration est bruyante et devient stridoreuse au moindre mouvement sans que le malade présente de la cyanose. Bruit systolique au cœur, glande thyroïde palpable mais pas augmentée; pas de ganglions au cou, larynx normal ; dans la partie supérieure de la trachée, sur la paroi postérieure, on voit une tumeur largement implantée, allant en haut jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde, ayant sa plus haute proéminence au niveau du troisième anneau trachéal. La tumeur est recouverte de muqueuse intacte et remplit la trachée pour la plus grande part.

Le professeur Muller enlève la tumeur après trachéotomie sous anesthésie locale. La tumeur est longue de 2 centimètres et demi, a l'épaisseur d'un doigt et la forme d'un cylindre. Les suites de l'opération sont normales. Dix-sept jours après l'opération, le malade quitte la clinique, mais deux mois après il meurt brusquement.

Le diagnostic clinique était celui de goitre intra-trachéal. Contre toute attente l'examen microscopique montre qu'il s'agissait d'un cylindrome. En raison de sa mésaventure, Henrici se demande si on peut considérer comme typiques pour le goitre intra-trachéal les signes décrits par von Bruno. D'après notre opinion, oui, et il n'y avait surtout rien dans le cas de Henrici pour plaider en faveur du diagnostic de goitre intra-trachéal et contre celui de tumeur néoplasique.

L'âge du malade et l'inefficacité du traitement ioduré, essayé il est vrai contre un syphilome, auraient pu donner l'éveil.

LAUTMANN.

NOUVELLES

I. — Congrès et Sociétés savantes.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Budapest, 1908.

Le président de ce Congrès, Prof. Dr. Böke, de Budapest, considérant que le Congrès international de médecine se réunit en 1909 dans cette même ville, propose que le Congrès d'otologie soit retardé d'une année, de manière à faire coïncider ces deux réunions. Ces deux congrès seraient distincts : et le Congrès otologique garderait son entière autonomie.

XIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Ce Congrès aura lieu en 1907. La ville de Rome en a été choisie comme siège.

II. — Nominations.

Le Dr Lindt, de Berne, est nommé professeur.

Le Dr Ferreri, de Rome, est nommé professeur extraordinaire.

Le Prof.-Dr Seifert a été chargé d'un cours de laryngo-rhinologie à l'université de Würzbourg.

Le Prof. Bezold, de Munich, a été nommé professeur ordinaire.

Le Dr Kretschmann, de Madgebourg, a été nommé professeur.

Par suite de la mise à la retraite du Prof. Lucæ, la chaire d'otologie de l'Université de Berlin a été donnée au Prof. Passow.

III. — Nouvelles diverses.

Un nouveau journal *Die Stimme*, vient de paraître, à Berlin, sous la direction du Dr Flatau. Il est particulièrement consacré à l'étude scientifique et à l'hygiène de la voix et du chant.

Notre collaborateur et ami, le Dr Garel, a quitté cette année les hôpitaux de Lyon. Un règlement draconien veut que tout médecin ou chirurgien des hôpitaux de cette ville soit mis à la retraite après dix-huit ans de service, quel que soit son âge : il frappe aujourd'hui bien maladroitement, en pleine vigueur de son talent, un des laryngologistes les plus illustres. Pendant ce temps, de l'autre côté de la frontière, Politzer à Vienne, B. Fränkel à Berlin, Lucæ à Berlin, ne descendent de leur chaire qu'après avoir accompli leur soixante-dixième année. Il est vraiment regrettable pour la science que Garel soit Lyonnais. Quelle aberration nous pousse donc à nous mettre à nous même des entraves dans la lutte scientifique que nous avons à soutenir contre nos émules ?

M. L.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Altes und Neues uber die Adenoidenfrages, par Victor Lange (Ext. de *Monatsch. f. Ohr.*, n° 2, 1906).

Eine Kehlkofsfsange, par Victor Lange (Ext. de *Monatsch. f. Ohr.*, n° 8, 1906).

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

Tome XXXII. — N° 12. — Décembre 1906.

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

LE TRAITEMENT DU CORYZA CHRONIQUE SIMPLE

Par Marcel LERMOYEZ.

« Il existe, dans toutes les branches de la médecine, un cer-
« tain nombre de chapitres louches qui semblent créés tout
« exprès pour donner complaisamment asile aux diagnostics
« peu faits. Ce procédé de classification est la ressource des cli-
« niciens indécis : il est si commode, quand on n'a pas fait de
« diagnostic, de le remplacer par un mot... Pour celui qui com-
« mence, toute maladie du nez qui dure plus de quinze jours
« est immédiatement étiquetée : coryza chronique ; ce qui veut
« dire : ce malade a quelque chose dans le nez, mais je ne
« sais absolument pas quoi (Paul Raugé). »

§ Ier. — Les progrès de la rhinoscopie avaient d'abord restreint ce « chapitre de débarras » en en détachant nettement l'ozène, la syphilis nasale, plus tard les suppurations sinusales : mais, se perfectionnant davantage, la rhinologie moderne tend à l'encombrer de nouveau ; *rhinite vaso-dilatatrice* de Von Stein, *rhinite œdémateuse* de Mulhall, *rhinite sèche* de Siebenmann prétendent occuper dans le chapitre du coryza chronique autant de places distinctes, qu'on ne peut raisonnablement encore leur accorder (Klemperer).

Il doit suffire à l'heure actuelle de dégager la rhinite chronique simple : *a*) de la *rhinite hypertrophique*, sorte de dégénérescence pseudo-myxomateuse de la pituitaire, qui, si on lui voulait refuser l'individualité, devrait être plutôt annexée aux polypes du nez qu'au coryza chronique ; *b*) de la *rhinite vaso-motrice*, syndrome variable de réaction nerveuse nasale,

qui n'est pas plus une inflammation de la pituitaire qu'une migraine n'est une affection du cuir chevelu.

Ainsi réduite, la rhinite chronique simple demeure encore la plus commune des affections du nez. Peut-être constitue-t-elle un groupe d'attente à limites vagues, intermédiaire entre le coryza aigu et la rhinite hypertrophique, pouvant être décrite soit comme *hypérémie* (Ruault) soit comme *catarrhe* : mais telle qu'elle est, cette rhinite mérite toute l'attention du médecin qui la rencontre chaque jour, et dont elle lasse les efforts par sa ténacité.

§ II. — La fréquence du coryza chronique dérive de la multiplicité de ses *causes*; seule la connaissance de celles-ci mène à une thérapeutique rationnelle.

A. Le coryza chronique succède très souvent au coryza aigu. — Ce n'est pas le premier rhume, ni même le second, qui se chronicise : mais, à force de se répéter, les coryzas aigus s'allongent, se rapprochent, et deviennent presque subintrants. Les malades déclarent « ne finir un rhume que pour en commencer un autre ». Chacun de ces coryzas se résoud mal ; chacun d'eux laisse un reliquat ; et de la « sommation de ces résidus (Zarniko) » naît le coryza chronique.

B. Le coryza chonique est assez souvent chronique d'emblée. — Les mêmes causes qui retardent le départ du coryza aigu, avancent l'arrivée du coryza chronique. Ce sont, avant tout, des causes à action locale, aidées, il est vrai, par une prédisposition d'ordre général.

Les *microbes*, qu'on s'attendrait à voir au premier rang en cette affaire, n'y semblent jouer qu'un rôle très effacé. Ils pullulent cependant dans les nez enchifrenés, où l'on trouve du streptocoque, du staphylocoque doré, souvent aussi du colibacille et du pneumo-bacille de Friedländer : mais jamais on ne rencontre de bactéries dans l'épaisseur de la muqueuse, de sorte qu'on doit admettre, avec Klemperer et Hajek, que ces agents n'ont qu'une action de présence, saprophytique ; ils prolifèrent parce que le coryza chronique entrave la fonction bactéricide du nez ; et ils se bornent à cela (Gradenigo).

L'*exagération des réactions physiologiques de la pituitaire*

poussée au delà de ses forces : telle est la cause ordinaire du coryza chronique. Chauffer, hydrater, purifier l'air inspiré est le rôle du nez : à le remplir d'une façon trop intense il se surmène et tombe malade.

a) De même que le refroidissement aigu est la cause du coryza aigu, le *refroidissement chronique* est un motif banal de coryza chronique. Celui-ci est l'infirmité habituelle des gens qui ont profession de se refroidir, des mariniers, des blanchisseuses : et, pour la même raison, il a surtout été étudié par les médecins habitant les pays froids. Le vent salé de la mer y prédispose ; ainsi, en France, le Havre est une ville qui paie de ce fait un lourd tribut à la rhinologie.

b) Les *variations hygrométriques* de l'atmosphère sont également nuisibles. A New-York, l'humidité de l'air, au lieu d'osciller autour du chiffre de 40 %, qui est normal dans la saison froide, fait le même jour des sautes de 10 % à 90 % (Freudenthal). Le coryza chronique y est donc endémique ; on l'y surnomme : « le catarrhe américain ».

c) Les *poussières atmosphériques* sont surtout néfastes. On n'échappe guère au coryza chronique dans les villes enfumées des pays industriels ; et moins encore si l'on exerce un métier qui expose à l'inspiration de poussières, agissant par irritation mécanique ou chimique. Les rhinites professionnelles sont aussi souvent chroniques qu'aiguës,

C. Conditions prédisposantes. — Ces conditions, secondes le plus souvent, mais parfois capables d'agir seules, favorisent l'action néfaste des agents atmosphériques.

a) *Age et sexe.* — Le coryza chronique atteint deux fois plus souvent l'homme que la femme, et il est bien plus commun chez l'enfant que chez l'adulte : parce que l'homme est plus exposé aux intempéries que la femme, et parce que l'enfant a, moins que l'adulte, souci de ne pas se refroidir.

b) *Hygiène défectueuse.* — Favorisent l'usage du coryza chronique : l'usage du tabac, et surtout l'habitude de rendre de la fumée par le nez ; l'alcool ; la coutume de prendre des boissons trop chaudes ; l'abus du sel dans les aliments (Jacquet) ; la constriction de l'abdomen par des ceintures ou des corsets, qui refoulent le sang vers la tête (M. Schmidt) ; le

séjour dans une chambre mal aérée; l'emploi, pour s'éclairer pendant le travail, d'une lampe à gaz placée près de la tête (Cholewa).

c) *Lésions nasales préexitantes.* — Il importe ici d'établir une distinction :

1° Certaines lésions nasales ne font que favoriser l'action des causes nocives extérieures : elles ne constituent qu'une *prédisposition locale.* Le facteur habituel du coryza chronique, auquel on prend le moins garde, est l'étroitesse du nez. Chez les porteurs d'une déviation de la cloison qui ne semble même pas gêner la respiration, on constate très souvent que la muqueuse du côté étroit est plus rouge que celle du côté large. Cette différence est due à ce que la sténose gêne l'expulsion des mucosités, dont la stagnation entretient le coryza, ainsi unitéralisé ; et aussi elle résulte de ce que l'aspiration thoracique, s'exerçant sur la région sise en arrière du point rétréci, y détermine un vide que n'arrive pas à combler l'apport insuffisant de l'air inspiré. Ce vide fait ventouse sur la partie postérieure de la fosse nasale, en particulier sur les queues des cornets qu'il tuméfie. Pour la même raison, l'étroitesse congénitale des fosses nasales (Störk), disposition héréditaire qui se rencontre souvent dans les familles nobles à type dolichocéphale, favorise la chronicisation du coryza : surtout quand, du fait de la leptoprosopie concomitante, le palais est congénitalement surelevé (Bendelack Hewetson). Les gens qui ont la « figure en lame de couteau » sont généralement des enchifrenés.

2° D'autres lésions nasales ou juxta-nasales ont une importance plus grande encore : ce sont des *lésions mères* qui suffisent à entretenir et même à produire un coryza chronique. α) Chez l'enfant, le coryza chronique est très souvent sous la dépendance, s'il est unilatéral, d'un corps étranger, s'il est bilatéral, de végétations adénoïdes. Cette dernière circonstance est banale : neuf fois sur dix, on guérit le nez des enfants toujours enrhumés, en grattant leur cavum. L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée provoque la rhinite chronique en irritant les fosses nasales par les sécrétions muco-purulentes qu'elle y déverse; et elle l'entretient en produisant une hy-

pérémie veineuse de la pituitaire (Trautmann) par la compression qu'elle exerce indirectement sur les plexus veineux maxillaires internes, dans lesquels se rendent les veines postérieures des fosses nasales. β) Chez l'adulte, il arrive parfois qu'on traite sans succès un coryza chronique parce qu'il est entretenu par quelque suppuration sinusale méconnue, généralement localisée à des cellules ethmoïdales. — Ce sont là des rhinites chroniques secondaires que jamais ne guérit le traitement qui s'adresse à elles seules.

d) *Lésions viscérales*. — Beaucoup de coryzas chroniques sont causés et entretenus par une stase sanguine dans la muqueuse nasale, hypérémie mécanique ou réflexe, dont il faut rechercher la cause première : 1° dans le tube digestif : atonie gastro-intestinale, constipation habituelle ; 2° dans l'appareil génital : vaginite, métrite, prostatite chronique ; 3° dans le mauvais fonctionnement du cœur : lésions mitrales, sclérose du myocarde ; 4° dans l'insuffisance du rein : albuminurie, oligurie, etc.

e) *Maladies générales*. — Il est indéniable que, indépendamment des causes précédentes, certains individus sont particulièrement prédisposés au coryza chronique. Cette prédisposition est le plus souvent d'ordre général. On aura à compter : 1° avec la scrofule, qui entretient dans la seconde enfance des coryzas à sécrétion abondante : 2° avec l'arthritisme et la goutte, facteurs habituels, chez l'adulte, des coryzas à forme hypérémique ; 3° avec l'anémie, chez quelques femmes, anémie qui, le plus souvent, relève d'une lésion génitale ignorée ou dissimulée ; 4° avec le diabète lequel, au même titre que le brightisme, provoque un catarrhe hypérémique nasal et pharyngien, à type vernissé spécial (Garel).

§ III. — Le syndrome habituel qui exprime le coryza est l'*enchifrènement*. Celui-ci se compose de deux éléments associés avec prédominance variable de chacun d'eux : écoulement nasal et obstruction nasale.

A. L'ÉCOULEMENT NASAL est inégal et inconstant.

a) Les *altérations quantitatives* de la sécrétion nasale ont pour unité de mesure : le mouchoir. Les patients apprécient

l'aggravation ou l'amélioration de leur rhinite suivant le plus ou moins grand nombre de mouchoirs de poche qu'ils donnent le samedi à leur blanchisseuse. En général, trois mouchoirs de grandeur moyenne suffisent à un coryza moyen. Les débâcles nasales extraordinaires, rapportées par quelques auteurs (15 grammes à l'heure pendant dix huit mois, Morell-Mackenzie), relèvent de l'hydrorrhée nasale.

Plus rarement, les patients se plaignent d'une sécheresse pénible : en vain ils se mouchent et éternuent à sec pour atténuer le prurit nasal qui les tourmente ; ils déclarent qu'ils seraient très soulagés s'ils pouvaient faire couler leur nez (von Stein.)

b) Les *altérations qualitatives* de la sécrétion nasale ont plus d'intérêt. Hajek a dit, avec raison, qu'un nez sain ne se mouche pas sans cause. Donc, le fait de moucher à tout propos du mucus, même transparent, indique une irritation nasale. Abstraction faite des cas d'hydrorrhée nerveuse, où le liquide qui sort du nez est aqueux, les sécrétions du coryza chronique sont muco-purulentes, sans odeur, mais épaisses et gluantes : le malade a peine à les expulser ; elles empèsent le mouchoir en séchant. Elles se concrètent dans le vestibule nasal en croûtes, que le doigt essaie incessamment de détacher, provoquant ainsi des érosions de la cloison qui saignent peu et souvent.

Le plus ou moins d'opacité de ces sécrétions mesure assez bien les variations de la maladie.

B. L'OBSTRUCTION NASALE est le fait prédominant. Elle tient à deux causes : *a*) à la *stagnation des mucosités* qui encombrent les fosses nasales ; *b*) à la *tuméfaction de la muqueuse*, en particulier au gonflement du cornet inférieur. Ce dernier élément d'obstruction est le plus important : à ce point que Ruault renvoie l'étude du coryza chronique au chapitre de l'hypérémie nasale. Une telle assimilation est un peu forcée. Il peut sembler irrationnel de ranger dans le même groupe le nez d'enfants scrofuleux, dont la muqueuse pâle et atone secrète d'abondant muco-pus, et le nez de l'adulte goutteux, dont les cornets en érection produisent une obstruction sèche : mais, en ne considérant que ces types extrêmes, on

risquerait de méconnaître les cas intermédiaires, bien plus nombreux. Dans le coryza chronique, le nez coule plus ou moins jaune, selon qu'il est plus ou moins infecté secondairement : toutefois ce n'est là qu'une question de degré qui ne permet point encore la dissociation de cette affection. Reconnaissons néanmoins que tous les coryzas chroniques ne sont point semblables, de même que ne se ressemblent pas toutes les bronchites chroniques.

L'obstruction nasale du coryza chronique est surtout d'ordre hypérémique : et ce sont, avant tout, les changements de volume du cornet inférieur qui règlent les variations de perméabilité du nez chez les sujets enchifrenés.

Est-il besoin de rappeler à ce propos qu'il semble exister dans les fosses nasales un tissu érectile analogue à celui du corps caverneux de l'urèthre : avec cette différence, cependant, qu'à l'inverse de ce qui a lieu pour le pénis, l'érection est l'état normal des cornets ? Ce tissu érectile se rencontre sur la tête et la queue des cornets moyens et inférieurs : mais il est bien plus abondant sur ceux-ci dont il recouvre toute l'étendue de la face interne. La queue du cornet inférieur est le « gland du nez » (Poirier). – Il est vrai que l'accord n'est pas fait entre anatomistes au sujet de la nature de ce tissu. Certains n'y veulent voir qu'un plexus veineux à très larges mailles : mais la majorité admet l'existence du corps caverneux de la pituitaire, car les lacs vasculaires de cornets présentent dans leur paroi une double couche musculaire très développée (Pilliet). Vaso-dilatation et vaso-construction s'y effectuent activement, par des actes réflexes que commandent des nerfs vaso-moteurs, émanés du ganglion sphéno-palatin (Zuckerkand), véritables *nervi erigentes nasi*.

Et ainsi s'expliquent les caprices de l'obstruction nasale. Le nez se bouche pour un rien et se débouche de même. Ce qui le ferme, c'est la chaleur des appartements, le froid aux pieds, une digestion pénible, une garde-robe en retard. Ce qui l'ouvre, c'est l'air froid, un bain de pieds chaud, et surtout l'émotion : la peur du médecin fait que nos malades ont presque toujours le nez libre quand ils viennent nous consulter, et qu'ils ne le sentent obstrué en notre présence que quand peu à peu ils se sont habitués à notre vue. L'obstruction est tantôt

bilatérale, tantôt unilatérale ; souvent elle change de côté plusieurs fois dans une même journée : elle est à bascule. Tout cela est phénomène vaso-nerveux, d'ordre réflexe : mais la déclivité de la tête agit aussi, passivement, pour congestionner la pituitaire. On a le nez plus fermé la nuit que le jour ; et quand on repose sur le côté, la fosse nasale la plus élevée se vide de sang aux dépens de la plus basse ; si l'on se couche sur le dos, les deux côtés se bouchent à la fois.

Les neurasthéniques consignent minutieusement tous ces faits dans les petits papiers qu'ils viennent nous lire ; plus d'un nous confie qu'il a le nez très bouché après le coït.

§ IV. — L'enchifrènement nasal entraîne une série de conséquences inévitables, symptômes de second plan, qui incommodent fort le malade.

La *respiration buccale* est ce dont il se plaint le plus. Elle a heureusement des périodes d'intermittences. Les nuits surtout en sont troublées : l'enchifrené dort mal, s'agite, ronfle ; et le matin il s'éveille avec la tête lourde et la bouche desséchée.

Les *troubles de l'odorat* ne sont pas moins désagréables : surtout parce qu'ils entraînent des altérations du goût, cause d'inappétence. Il n'y a en général que de l'anosmie respiratoire, c'est-à-dire que l'accès de la fente olfactive est interdite aux odeurs par le gonflement de la muqueuse et l'encombrement du nez ; le traitement en vient assez aisément à bout. A la longue, l'épithélium de la tache olfactive s'altère : paraît alors l'anosmie essentielle, à peu près incurable.

L'*altération de la voix* est fréquente : la voix perd son métal, devient sourde, « morte » : elle prend plus ou moins les caractères de cette rhinolalie close, qu'on rencontre à son maximum chez les adénoïdiens.

La *céphalée* est notée dans les deux tiers des cas (Harrisson Allen), soit sous forme de constriction frontale, soit avec le type de la migraine. Elle peut même être un symptôme à tel point prédominant, que le médecin en méconnaît l'origine nasale. L'habituelle sensation de tête lourde des enchifrenés, semble avoir son explication, bien moins dans la participation

possible des sinus frontaux ou dans une céphalée réflexe, que dans les troubles de la circulation veineuse et lymphatique de la pituitaire, qui ont pour conséquence une augmentation de la tension intra-cranienne.

Le *catarrhe naso-pharyngien*, accompagnement presque obligé du catarrhe nasal, superpose à ce dernier des symptômes plus pénibles encore que les précédents. C'est le besoin incessant de renifler, lequel, après maints efforts, fait tomber dans le pharynx une masse gluante, qui donne la nausée ; c'est la vomiturition matinale, aboutissant à des contractions déréglées de la gorge faites au réveil pour détacher les mucosités qui se sont collées dans le naso-pharynx pendant la nuit ; ce sont des sensations pénibles de corps étranger, de plaie, de brûlure dans la gorge. En vain on tâche de persuader au malade qu'il n'a ni cancer ni tuberculose ; il demeure incrédule et ces paresthésies le conduisent souvent vers l'hypocondrie. Le fait qu'elles disparaissent parfois sous l'influence d'une simple cocaïnisation du pharynx (Martin) ne le rassure pas.

§ V. — L'*examen objectif* des fosses nasales donne des résultats assez variables.

1° La *rhinoscopie antérieure* montre le nez plus ou moins encombré de muco-pus. Souvent on observe de fins filaments de mucus tendus de la cloison au cornet inférieur à la façon des toiles d'araignées : ce qui prouve qu'il y a des moments où ces deux parties viennent intimement en contact. Généralement, le muco-pus s'accumule sur le plancher ; il y stagne pour cette raison que le courant d'air expiré ne passe point en cet endroit et l'y laisse tranquille. La muqueuse nasale, surtout au niveau du cornet inférieur est épaisse : tantôt rouge, tendue, luisante ; tantôt pâle, flétrie, mamelonnée. Le cornet inférieur présente un degré d'érection variant d'un examen à l'autre. Ruault signale les hypérémies circonscrites soit au tiers antérieur, soit dans les deux tiers postérieurs de ce cornet ; il explique ces localisations par les recherches de Dastre et Morat, de François Franck, qui montrent que les vaso-dilatateurs de la région antérieure de ce cornet viennent

du nerf ophtalmique, tandis que ceux de la zone postérieure émanent du ganglion sphéno-palatin.

2° L'*examen au stylet* donne une sensation caractéristique dite de « l'édredon ». Le stylet s'enfonce dans le cornet inférieur comme dans un coussin de plumes. Quand il y a simple hypérémie, l'excitation produite par ce contact amène une rétraction rapide du cornet; plus tard, aux phases avancées du coryza chronique, cette réaction se produit à peine.

3° L'*épreuve de la cocaïne*, et plus encore celle de l'adrénaline, donne un renseignement précieux. Sous cette influence, tout ce qui n'est pas tissu de néformation se rétracte énergiquement. Il n'est pas de meilleur procédé pour différencier le coryza chronique simple de la rhinite hypertrophique, et pour déterminer jusqu'à quel degré l'une vient éventuellement se mêler à l'autre.

4° La *rhinoscopie postérieure* complète les explorations précédentes. Elle montre généralement les lésions surajoutées du catarrhe chronique du naso-pharynx, dont il sera parlé ailleurs : mais encore elle fournit une image choanale qui renseigne bien sur l'état du nez. Dans les cas légers, où le diagnostic est hésitant, elle lève toute incertitude : à la rhinoscopie antérieure, il est souvent difficile d'apprécier le plus ou moins de rougeur ou de tuméfaction de la pituitaire ; à la rhinoscopie postérieure, il suffit de constater si les queues de cornet sont grises ou rouges : gris est l'état normal ; rouge indique un catarrhe.

En outre, on constatera parfois l'hypertrophie des queues de cornet. Ce sont surtout celles des cornets inférieurs qui gonflent au point de combler presque toute la choane par une masse ovoïde. tantôt lisse comme un grain de raisin, tantôt grenue comme une framboise. Rien de moins fixe que ce gonflement : au moindre attouchement du stylet, il s'évanouit ; et souvent, le lendemain, on voit à gauche la grosse queue de cornet que la veille on avait constatée à droite. Cette tuméfaction des queues de cornet est l'obstacle qui gêne le plus la respiration nasale.

§ VI. — Le *pronostic* de la rhinite chronique est plus sé-

rieux qu'on ne pense. Certes elle ne fait pas la vie plus courte, mais elle la rend par moments insupportable. Avoir incessamment le nez bouché, la tête lourde, la gorge douloureuse ; être astreint à se moucher à tout propos ; s'enrhumer d'un coryza aigu au moindre refroidissement... ce n'est point là un sort enviable (Dorison) ; sans compter les réflexes protéiformes d'origine nasale que le coryza chronique met en jeu, moins pourtant que ne le font la rhinite hypertrophique et les polypes.

Il y a plus encore. Tôt ou tard le coryza chronique atteint l'oreille, où il détermine, à la longue, l'otite sèche adhésive, qui est le procédé habituel par lequel on devient sourd et bourdonnant dans la seconde moitié de la vie. Il gagne le larynx, brisant la carrière de ceux qui font profession de leur voix. Il descend encore plus bas ; et bien souvent la bronchite chronique, qui se termine dans les angoisses de l'asystolie, n'est que la dernière étape d'une rhinite chronique dont on avait pas eu souci jadis.

Il faut sérieusement traiter le coryza chronique, moins peut-être pour lui-même que pour prévenir ces tardives complications ; ou pour les amender, si l'on a été appelé à intervenir trop tard.

Livré à soi, le coryza chronique ne rétrocède jamais. Bien traité, il s'améliore notablement. La guérison anatomique est rare : mais le soulagement que nous apportons aux malades est amplement suffisant pour justifier les exigences de notre thérapeutique.

§ VII. — Le *diagnostic* du coryza chronique ne doit pas être difficile, à en juger par l'aisance avec laquelle on le porte journellement. Cependant il y a deux écueils à éviter ; le trouver partout, à l'exemple des jeunes rhinologistes inexpérimentés ; ne le voir jamais, à la façon des vieux praticiens, très pleins d'expérience, qui sont à cent lieues de supposer dans le nez la cause d'une toux ou d'une céphalée persistantes. Seuls les « spécialistes de six semaines » ont à l'heure actuelle le droit d'étiqueter comme coryza chronique, les adénoïdites chroniques des enfants et les sinusites latentes des adultes.

Pour nous, rhinologistes plus experts, il n'y a en réalité que deux difficultés à surmonter en l'espèce. D'une part, bien distinguer le coryza chronique simple de ces névroses nasales qui ont nom coryza vaso-moteur ou spasmodique, et qui ont pour caractère typique le contraste entre l'intégrité de la muqueuse nasale et la violence des symptômes nasaux. D'autre part, faire le départ entre la rhinite chronique simple et la rhinite hypertrophique ; l'épreuve de l'adrénaline est précieuse à cet égard : ce qui se rétracte est de l'hypérémie, ce qui ne se rétracte pas est de l'hypertrophie.

Le *coryza chronique unilatéral* doit toujours être tenu pour suspect : de même que la bronchite unilatérale, il est évidemment symptomatique de quelque chose de latent, qu'il y a lieu de rechercher : car ni une infection protopathique de la muqueuse nasale, ni un trouble vaso-moteur de cause générale ne peut expliquer la localisation de l'affection à un seul côté du nez. *a*) Une *déviation de la cloison* l'entretient souvent dans la fosse nasale rétrécie ; c'est alors la scoliose du septum qui doit figurer en première place dans le diagnostic. *b*) Les *corps étrangers* se dissimulent assez souvent à la vue, mais se laissent toujours reconnaître au stylet. *c*) La *syphilis tertiaire* du nez à son début prend le masque d'un coryza chronique unilatéral : mais le nez est généralement douloureux et gonflé extérieurement, choses inconnues dans le coryza chronique. *d*) Les *sinusites suppurées*, si elles sont unilatéralisées, simulent un coryza chronique unilatéral : cependant les coulées de pus caractéristiques dans le méat moyen ou la fente olfactive mettent l'attention en éveil. *e*) La *mucocèle du sinus maxillaire* provoque une obstruction nasale unilatérale par gonflement réflexe du tissu caverneux. Cette cause importante d'hémi-obstruction nasale (Roth) est presque toujours méconnue, car l'exsudat trop épais ne peut sortir du sinus, lequel demeure, d'ailleurs, clair à la diaphanoscopie. Des injections à haute pression dans le sinus maxillaire en chassent ce mucus concrété ; et dès lors le nez se débouche. Pour ne pas méconnaître cette cause, il est sage de faire au moins un lavage explorateur du sinus maxillaire, quand on constate une rhinite chronique unilatérale qui ne fait point ses preuves par ailleurs.

TRAITEMENT

Pour qui ne voit dans la rhinologie qu'un métier, le traitement du coryza chronique est bien simple : c'est la cautérisation nasale indéfinie. Pour celui qui considère les choses d'un peu plus haut, la thérapeutique de cette affection soulève des problèmes autrement complexes. Il en est de la rhinite chronique comme de l'eczéma chronique, où le médecin fait difficilement du bien, mais très facilement du mal, si peu qu'il se trompe dans ses prescriptions.

La condition capitale du succès, dans ce traitement qui devra être suivi pendant un temps très long, c'est que le médecin gagne suffisamment la confiance de son malade pour pouvoir lui imposer telles privations qu'il juge utiles. Si ses ordonnances ne sont pas exécutées à la lettre, il court au-devant d'un échec certain. Or, les sacrifices exigés du patient sont souvent hors de proportion avec la gravité apparente de la maladie.

Encore faut-il savoir user de diplomatie. Les malades atteints de coryza chronique se répartissent en deux catégories, dont on aura à entreprendre le traitement d'une façon fort distincte : *a*) les indifférents ; *b*) les hypochondriaques.

a) Les uns ne s'inquiètent aucunement de leur coryza. Ils viennent consulter pour leurs oreilles ou leur larynx, et accueillent avec incrédulité le diagnostic qui place dans le nez le point de départ de leur maladie. Pour vaincre leur scepticisme, qui se paie de cette double raison qu'ils ne souffrent pas du nez et qu'ils se mouchent « comme tout le monde », le médecin aura à mettre en œuvre toute sa persuasion ou son autorité.

b) Les autres ont, au contraire, leur existence empoisonnée par l'hypochondrie nasale. Ils sont incessamment tourmentés par des symptômes réellement pénibles : dyspnée nasale, céphalalgie frontale, lourdeur de tête et paresse intellectuelle, anosmie avec perte du goût. Leur situation devient surtout

difficile quand à ces troubles s'ajoutent les symptômes du catarrhe naso-pharyngien. Tout en les soignant d'une façon attentive, le médecin aura pour objet principal de calmer leurs inquiétudes, pour lesquelles la moindre tuméfaction devient aisément cancer ou tuberculose, et surtout de résister à leurs sollicitations vers une thérapeutique trop active.

Quoi qu'il en soit, le traitement du coryza chronique comporte deux indications majeures :

1° Supprimer la cause du coryza ou tout au moins la combattre ;

2° Traiter localement le catarrhe de la pituitaire, chose qui ne vient qu'en second lieu.

I. — Traitement pathogénique

La cause qui provoque ou entretient le coryza chronique est souvent malaisée à découvrir. Sa recherche met en éveil notre perspicacité. Cependant la connaissance précise de l'étiologie de cette affection est la base d'une bonne thérapeutique.

A. Hygiène. — Corriger les mauvaises habitudes du malade et régler son alimentation : telles sont les deux indications primordiales (Knight).

En tête de nos prescriptions, nous devons écrire : « Défense de fumer ». Malheureusement, beaucoup de malades refusent de se soumettre à cette interdiction, alléguant que, somme toute, leur maladie n'est pas mortelle et que la privation leur est trop dure. A ces fumeurs enragés, il est bon de déclarer qu'aucun traitement ne les pourra guérir. Cependant, il est certain que la sévérité des rhinologistes varie suivant leurs habitudes particulières ; et le médecin fumeur aura moins de tendance à proscrire le tabac que le spécialiste abstinent. Tous les cas, d'ailleurs, ne doivent pas être jugés pareillement. On sera intransigeant vis-à-vis d'un jeune homme qui allume trente cigarettes par jour, et chez qui on constate déjà l'apparition de complications auriculaires ; on sera plus tolérant pour l'homme mur ou raisonnable qui n'a qu'un enchifrène-

ment moyen, et à qui on peut accorder un cigare quotidien. On lui recommandera seulement de ne point rejeter la fumée par le nez. — Le tabac à priser est plus nocif encore. Les grains de tabac sont autant de corps étrangers qui irritent la muqueuse nasale. Frappons le donc d'une interdiction absolue, bien que certains enchifrenés assurent qu' « une bonne prise leur dégage le cerveau ».

On fera preuve d'un sage éclectisme en corrigeant l'*hygiène alimentaire* du malade. L'alcool sera naturellement interdit. L'usage modéré du vin et de la bière a moins d'inconvénients. Toutefois, en ces matières, il importe de tenir compte du genre de vie des malades. La suppression du vin et la restriction de la viande conviennent à l'arthritique sédentaire; on aurait tort de les imposer à l'homme qui mène une vie active. A ceux qui ont leur sommeil tourmenté par l'obstruction congestive du nez, il est bon de recommander une très grande sobriété au repas du soir ; car les bons dîners font les mauvaises nuits.

La restriction du chlorure de sodium alimentaire a été conseillée par Jacquet. On sait quels heureux effets a la déchloruration pour faire resorber les œdèmes des brightiques (Widal). Or, surtout chez les artèrio-scléreux, atteints d'obstruction nasale à bascule, il suffit souvent de prescrire un régime déchloruré, pour voir la respiration nasale se rétablir immédiatement et demeurer libre tant qu'est continuée cette hygiène alimentaire. Le régime lacté agit de la même manière.

Comme il n'est pas de petit détail qui n'ait son utilité, le rhinologiste poussera l'indiscrétion jusqu'à s'occuper de l'*hygiène du vêtement*. C'est peine perdue que de demander à une jolie femme si son corset la serre, car jamais pareil aveu n'a été obtenu ; on aura cependant la discourtoisie, quand on rencontrera un coryza chronique associé à une taille de guêpe, d'insinuer que le nez aime que le ventre soit très à son aise. On sera plus sévère vis-à-vis des jeunes élégants qui s'enserrent le cou dans des cols étroits, écraseurs de jugulaires ; il n'est pas encore démontré que la méthode de Bier, appliquée à la tête, guérisse le coryza chronique. Même ostracisme pour les ceintures qui étranglent le ventre ; « portez des bretelles »

fut la seule prescription faite un jour par Moritz Schmidt à un vieil enchifrené, qui s'en trouva fort bien. Enfin, comme le froid aux pieds est une cause fréquente de « sang à la tête » et de nez bouché, on recommandera au malade de faire en sorte que cela ne soit pas.

Malheureusement, il ne suffit pas, pour parer à cet inconvénient, de dire seulement aux malades : « ayez chaud aux pieds » ; car ils ne manqueront pas de nous en demander le moyen : ce en quoi nous serons embarrassés de leur répondre, n'arrivant souvent pas à réchauffer les nôtres. Toutefois Körner donne à ce sujet des conseils très minutieux et qui méritent d'être rapportés : 1° éviter de se mouiller les pieds et, par conséquent, porter des snow-boots par les temps de neige et des galoches de caoutchouc les jours de pluie ; 2° adopter en tout temps des semelles très épaisses ; 3° renoncer aux souliers qui laissent à découverts les chevilles et mettre des bottines à haute tige ; 4° porter en hiver deux paires de bas ou de chaussettes, qui, si minces soient-elles, s'opposent au rayonnement de la chaleur des pieds bien mieux qu'une seule épaisseur de grosse laine ; 5° faire laver les bas quand ils ont été portés une ou deux fois, sinon ils s'imbibent de sueur et entretiennent sur la peau une humidité froide ; 6° enfin posséder au moins trois paires de bottines, dont chacune sera de service un jour sur trois, pendant que les autres auront 48 heures de repos pour bien sécher. De telles précautions ne sont pas puériles. Miot posait jadis dès l'abord la question suivante aux sourds bourdonnants qui venaient le consulter : « Avez-vous habituellement froid aux pieds ? » et si leur réponse était affirmative, il désespérait de les guérir. Or les pieds froids affectent tout autant le nez que l'oreille.

Enfin, avant de chlore le chapitre de la toilette, informez-vous si le malade n'a pas l'habitude de renifler le matin de l'eau froide, quand il se lave ; c'est une pratique très répandue, qui croit être hygiénique et qui cause beaucoup de coryzas chroniques ; car l'eau pure, nettement hypotonique, détermine à travers la pituitaire un violent courant d'endosmose qui en altère profondément l'épithélium.

L'*hygiène professionnelle* mérite aussi considération. Celui

que son métier oblige à respirer des poussières irritantes ou des vapeurs délétères, ne guérira pas de sa rhinite chronique s'il ne change de profession : mais, pour beaucoup de gens, c'est là une impossibilité. Comme pis aller, on recommandera l'usage d'un masque pendant le travail, quoique bien peu d'ouvriers consentent à le porter, par crainte des railleries de leurs camarades.

Reste à débattre la question du *climat*. Puisqu'il est prouvé que les intempéries sont la principale cause du coryza chronique, l'adoption d'un climat favorable en doit être le meilleur traitement. Fletscher Ingals a donné d'excellents conseils à ce sujet. La forme banale secrétante du coryza chronique se trouve bien d'une atmosphère sèche et d'une altitude moyenne (500 mètres); la forme sèche s'améliore plutôt au bord de la mer, dans l'humidité des embruns. Avant tout, il faut recommander l'air pur de la campagne ou des petites villes. En France, à ceux qui peuvent choisir leur résidence ou leur garnison, on déconseillera l'humidité de l'Ouest, les durs hivers de l'Est, et aussi le mistral de la vallée du Rhône; la douce région du Sud-Ouest paraît, au contraire, particulièrement clémente aux muqueuses aériennes. Toulouse, la ville des voix pures, serait le sanatorium des coryzas chroniques.

Les enfants scrofuleux se trouvent bien du bord de la mer; mais, suivant la façon dont ils réagissent, il y a lieu de choisir entre les plages dures, moyennes ou douces, dont Berck, Arcachon et Cannes sont les types.

Les vieillards enchifrenés aiment les pays chauds; on leur conseillera l'hiver sur la Côte d'azur.

B. Lésions nasales. — Méfions-nous, en principe, du diagnostic simpliste de coryza chronique et ne nous y arrêtons que quand toute autre cause de suppuration nasale a été éliminée. Bien grave, mais bien fréquente est l'erreur qui met une telle étiquette sur une sinusite chronique. Un filet de pus dans le méat moyen, quelques granulations polypoïdes en sont des indices précieux; et, d'ailleurs, prenons la bonne habitude de faire systématiquement la diaphanoscopie des sinus chez tout individu qui vient se plaindre à nous d'un écoulement nasal quelconque. Sinusite et rhinite ne s'excluent pourtant pas; le

passage du pus venant d'un sinus malade provoque parfois un coryza chronique secondaire ; mais, en pareil cas, c'est perdre son temps que de traiter le coryza si on n'a pas guéri le sinus malade.

Et même quand il est bien et dument constaté, sachons que le coryza chronique peut être entretenu par une déformation de la cloison, par des végétations adénoïdes ; et que le meilleur moyen de le guérir alors sera un coup de rabot dans le nez ou quelques mouvements de curette dans le cavum.

C. Lésions viscérales et maladies générales. — Nous avons vu, en étudiant l'étiologie du coryza chronique, quelles peuvent être ces lésions, ces maladies. C'est au médecin et non au rhinologiste d'en instituer le traitement. Il nous est cependant pas indifférent à cet égard de connaître l'influence des *eaux minérales* sur le coryza chronique. C'est bien plus en modifiant les conditions générales de la santé qu'en agissant localement sur la muqueuse malade, que la cure faite à une station thermale améliore cette affection. Et, en effet, leur indication se tire surtout de l'état général du malade. On devra donc prescrire : 1° aux scrofuleux : les eaux sulfureuses (Luchon, Cauterets), arsenicales (La Bourboule) ou salines (Biarritz ou Salies-de-Béarn suivant que le bord de la mer est toléré ou non) ; 2° aux arthritiques : les eaux alcalines (Vichy) ou mieux encore les eaux salines froides dont l'action laxative décongestionne énergiquement le nez (Chatel-Guyon) ; 3° aux anémiques : les eaux ferrugineuses (Forges, Spa).

Deux stations thermales sont particulièrement efficaces dans le traitement local du nez, modifiant directement la muqueuse : chez les enfants lymphatiques, qui ont surtout le type catarrhal du coryza chronique, l'eau sulfurée-saline d'Uriage est très recommandable ; et pour les adultes congestifs, surtout gênés par des poussées d'hypérémie nasale, le Mont-Dore est généralement indiqué.

II. — Traitement local

Le traitement local ne doit pas être systématique. Il faut observer avec soin les variations individuelles de la susceptibilité de la pituitaire. Chez les arthritiques principalement, un traitement trop énergique aggrave très souvent le coryza. Le médecin doit avant tout se laisser guider par la façon dont réagit la muqueuse nasale, savoir varier ses prescriptions dès que leur effet commence à s'atténuer, et parfois avoir l'esprit de cesser tout traitement local : car les périodes de repos amènent souvent des améliorations inespérées ; elles remontent, en tous cas, le moral du patient.

Il est également vrai que les diverses formes cliniques qu'affecte le coryza chronique semblent *a priori* réclamer des actions thérapeutiques différentes : que les formes hypérémiques appellent la désobstruction, tandis que les formes sécrétantes demandent le desséchement.

Cependant les cas qui se présentent habituellement à notre observation associent plus ou moins ces deux éléments morbides : et comme l'expérience nous enseigne que le nez tend à devenir plus libre à mesure qu'il est plus propre, il est possible d'indiquer un traitement local type, qui, à tout prendre, donne de bons résultats. Il a pour formule : déboucher et nettoyer le nez.

Ce traitement local se propose de diminuer la congestion de la muqueuse nasale et de rétablir le fonctionnement normal de ses glandes. Il doit s'efforcer d'être doux. Knight s'élève, avec raison, contre la tendance déplorable de certains spécialistes à se servir des moyens destructifs ; de ceux, surtout, qui voient dans le galvano-cautère le seul instrument de fortune et de guérison.

La première indication est de faire cesser l'enchifrènement en débarrassant les fosses nasales des mucosités qui les encombrent : c'est procurer au malade un grand soulagement, en lui rendant la liberté de sa respiration nasale, et c'est favo-

riser l'action des médicaments sur la muqueuse ainsi mise à découvert.

Pour débarrasser leur nez, les malades se mouchent aussi fort que possible : il faut le leur défendre, car les efforts exagérés qu'ils font ainsi, augmentent l'hypérémie nasale et éternisent le coryza. On doit leur apprendre à se moucher rationnellement : alternativement fermer une narine en l'aplatissant avec un doigt et souffler fortement par l'autre côté largement béant ; c'est se moucher à la paysanne. Ainsi faisaient les seigneurs de la cour de France jusqu'à Henri III.

1. Balnéation. — Le classique lavage du nez est, de tous les modes de traitement, celui qui soulage le mieux les malades : ainsi s'explique la vogue inouïe qu'a eue si longtemps le siphon de Weber. Il suffit d'avoir été soi-même enchifréné pour reconnaître que rien ne dégage mieux le nez que de le laver. Aussi bien est-ce là la première prescription que nous devons faire à qui vient nous consulter pour un coryza chronique.

La balnéation du nez répond aux deux exigences du traitement : nettoyer et déboucher. Elle dilue et balaie les mucosités qui stagnent sur le plancher de la fosse nasale ; et elle provoque la rétraction des cornets.

Pour être à la fois efficace et inoffensive, la balnéation nasale sera faite d'après les indications suivantes :

a) *Balnéation sans pression.* — Tout appareil à injection doit être proscrit, car il n'y a point ici, comme dans l'ozène, des croûtes adhérentes que seul peut détacher un jet puissant. L'instrument de choix est la pipette nasale. Sa manœuvre est des plus simples. Le bain nasal se prend ainsi bien plus proprement qu'en reniflant de l'eau dans un verre : attendu que, par ce système, qui se pique d'être simpliste, on renifle surtout de l'air et on répand de l'eau sur ses vêtements. On a reproché au bain nasal de ne laver que la région inférieure du nez ; et on lui préfère parfois les pulvérisations qui se diffusent partout : mais, justement, il n'est besoin de laver que le plancher du nez, car, dans le coryza chronique, c'est là que stagnent les mucosités ; d'ailleurs, le pulvérisateur ne débite pas une masse d'eau suffisante pour faire un bon nettoyage.

b) *Balnéation isotonique.* — Ne demandez aux lavages du nez que ce qu'ils peuvent donner : de nettoyer les fosses nasales, rien de plus. Donc, abstenez-vous de solutions antiseptiques qui altèrent l'épithélium ou de solutions astringentes à base de zinc ou d'alumine, qui émoussent l'odorat. Le liquide que vous choisirez n'a qu'à remplir deux conditions : n'être pas irritant et dissoudre le mucus nasal. Pour cela, il sera isotonique et alcalin.

La solution la meilleure est le borate de soude à 25 $^0/_{00}$. Vient ensuite le bicarbonate de soude à 15 $^0/_{00}$. La solution de chlorure de sodium à 7 $^0/_{00}$ est également isotonique : mais elle est un peu irritante et très mal accueillie par l'oreille, si elle y pénètre (Raugé). Evitez de prescrire des poudres composées, plus ou moins savantes, qu'on ajoute à dose quelconque à l'eau du lavage : car vous ignorez absolument quel est le coefficient isotonique d'un tel liquide. Mieux vaut enfin faire silence sur l'eau boriquée, et taire les néfastes lavages du nez qui se pratiquent si généreusement dans nos stations thermales avec des eaux naturelles éminemment hypotoniques : ce qui fait qu'à l'automne, nous en voyons revenir beaucoup de malades avec une vive irritation nasale, qui n'est autre chose qu'un coryza thermal. Le coryza chronique réclamerait plutôt, à la rigueur, des bains hypertoniques, pour rétracter la muqueuse tuméfiée (Depierris).

Exception doit être faite pour les lavages sulfureux, qui donnent de meilleurs résultats que les lavages alcalins dans les coryzas chroniques des scrofuleux, à sécrétion muco-purulente abondante. Le monosulfure de sodium sera l'agent de choix. Sa solution est isotonique à 3 $^0/_{00}$: mais, à cette dose, son action chimique est infiniment trop énergique. On tournera la difficulté en versant dans un litre d'eau bouillie, une demi-cuillerée à café du mélange :

Monosulfure de sodium	10 grammes
Eau distillée	50 grammes
Glycérine	150 grammes

Et comme cette solution est extrêmement hypotonique, on

la rendra équitensive du sérum sanguin en lui ajoutant 7 grammes de chlorure de sodium.

c) *Balnéation très chaude.* — Le bain nasal doit être pris à la plus haute température que le nez puisse supporter : on débute à 35° et peu à peu on s'entraîne jusqu'à accepter de l'eau à 45°, 48°. Ici éclate la supériorité du bain à la pipette sur le reniflage dans le verre : attendu que la peau de la face étant plus sensible à la chaleur que la muqueuse nasale, il y a avantage à éviter de tremper le bout du nez dans de l'eau chaude.

Plus le bain nasal est chaud, plus il agit : la chaleur décongestionne les cornets et stimule l'activité phagocytaire de la muqueuse nasale. Et c'est parce que rien ne débouche mieux le nez qu'un bain très chaud, que la balnéation nasale convient même aux formes hypérémiques non sécrétantes du coryza chronique.

Trois balnéations nasales par jour suffisent généralement au traitement du coryza chronique simple : une au réveil pour aider à l'expulsion des mucosités de la nuit ; une autre au milieu de la journée, de préférence avant le repas de midi ; une dernière le soir avant de se coucher, pour assurer un bon sommeil avec un nez libre. De toute façon, le malade doit absolument éviter de s'exposer à respirer un air froid, moins d'une demi-heure après avoir pris un bain chaud du nez.

Ce traitement soulage tellement les enchifrénés qu'ils voudraient le continuer indéfiniment. Il faut cependant savoir l'interrompre, si l'on voit que la muqueuse du cornet inférieur tend à s'œdématier, ou quand l'olfactomètre, avec lequel on doit, de temps à autre, examiner ceux qui se lavent le nez, révèle un affaiblissement de l'odorat.

II. Applications topiques. — Patiemment et méthodiquement pratiqués, les lavages du nez peuvent presque guérir les formes légères du coryza chronique : mais dans les cas déjà anciens ils sont notamment insuffisants ; il faut leur adjoindre des applications topiques astringentes, antiseptiques ou caustiques. Ce traitement peut être alors appliqué de deux façons différentes.[1]

1° Si le malade ne peut être suivi et doit se traiter lui-même, on aura le choix entre divers procédés d'auto-traitement :

a) Application de pommades ;

b) Pulvérisation de liquides ;

c) Insufflation de poudres.

2° Si le malade peut rester à la disposition du médecin, on agira plus activement par l'un des moyens suivants :

d) Badigeonnages ;

e) Cautérisations.

A. Pommades. — L'usage des pommades, en particulier de la vaseline boriquée, dans le traitement du coryza chronique, est tombé dans le domaine public : c'est, il est vrai, un remède inoffensif, mais bien anodin. Il suffit aux coryzas extrêmement légers ; le patient se vaseline le nez matin et soir, et s'en déclare très satisfait.

Dans deux cas particuliers les pommades sont cependant utiles :

a) Quand il se forme des croûtes dans le vestibule nasal, et que celles-ci appellent des grattages, qui érodent la cloison et provoquent des épistaxis.

b) Quand le coryza affecte la forme sèche et qu'il produit des sensations de brûlure et de picotement. C'est, au contraire, une illusion de compter sur elles dans les coryzas chroniques sérieux : car, ou le nez est trop bouché pour qu'il puisse les renifler, ou les sécrétions sont trop abondantes pour se laisser ainsi balayer.

L'excipient de ces pommades est la vaseline pure. Seules des substances actives incolores y pourront être incorporées : les pommades brunes à l'iodol, ou jaunes au dermatol, laissent dans le mouchoir des taches indiscrètes, qui déplaisent aux malades. Les antiseptiques usuels qui satisfont à cette condition sont le salol, la résorcine et surtout l sozoiodol de soude, qui m'a donné quelques bons résultats. Tous trois seront dosés à 1/50 ; toutefois, il faut se rappeler que les antiseptiques incorporés aux corps gras perdent la majeure partie de leur pouvoir bactéricide.

La classique pommade à la vaseline boriquée est, à tout prendre, la pommade de choix.

Vaseline blanche	40 grammes
Acide borique pulvérisé	8 grammes
Menthol	0,20 centigrammes

L'acide borique excite la sécrétion du mucus nasal; le menthol procure une agréable sensation de fraîcheur en même temps qu'il produit une légère rétraction des cornets.

Cette pommade ne pourra avoir quelque effet que si elle est reniflée en abondance, suivant une technique connue. Promener dans le vestibule nasal le bout du doigt légèrement graissé avec une larme de vaseline, perlant à l'orifice d'un petit tube d'étain, est une pratique parfaitement illusoire.

B. Pulvérisations liquides. — Elles ne peuvent remplacer le bain nasal : celui-ci nettoie le nez par son abondance et le désobstrue par sa chaleur. Or, les pulvérisations sont toujours discrètes; et elles ne peuvent être chaudes, à cause du refroidissement par détente qui se produit au sortir de l'appareil.

Cependant les pulvérisations liquides, faites avec certaines précautions, sont souvent utiles. Dans les formes sèches, elles entretiennent dans le nez une humidité bienfaisante qui dissipe les sensations pénibles et prévient la formation des croûtes. Dans les formes sécrétantes, elles réussissent, à condition d'être toujours précédées d'un bain nasal qui chasse les mucosités, à modifier la muqueuse : mais on ne les doit prescrire que quand le lavage du nez, employé seul pendant plusieurs semaines, n'aura pas amené d'amélioration sensible.

Les solutions pulvérisables, toujours introduites en très petite quantité, doivent renfermer des substances actives, en solution aqueuse. On les choisira diverses, à condition de faire une élimination préalable : pas de solutions astringentes, d'alun ou de sulfate de zinc, qui ont sur l'odorat une action néfaste; pas de solutions de cocaïne, qui débouchent très bien, trop bien même le nez, mais mènent à l'accoutumance et à la cocaïnomanie; pas de solution d'adrénaline, dont l'effet secondaire, retardé de plusieurs heures, est de provoquer une vio-

lente irritation nasale et de créer une crise artificielle de coryza spasmodique. Les antiseptiques donnent d'assez bons résultats. Les pulvérisations phéniquées faibles sont souvent prescrites en Angleterre. La solution de Dobbel y a eu beaucoup de vogue :

Borate de soude . . . . Bicarbonate de soude . .	} ââ 7 grammes.
Glycérine phéniquée à 1/20	15 grammes
Eau.	30 grammes

Toutefois, les sels d'argent sont les meilleurs modificateurs de la muqueuse. La solution de nitrate d'argent à 1/100 est classique : mais elle a le double inconvénient de provoquer une assez vive cuisson dans le nez et de laisser des taches noires à l'entrée des narines. Les sels organiques d'argent échappent à ces reproches : en particulier, la solution de protargol à 1/20 me paraît être la pulvérisation de choix dans le coryza infecté.

Les *pulvérisations huileuses* semblent *a priori* inutiles, n'étant pas miscibles à l'eau et ne pouvant prendre contact immédiat avec la muqueuse. Et cependant, le bénéfice que les enchifrénés en retirent doit être considérable, à en juger par la vogue qu'elles ont aux Etats-Unis, patrie du coryza chronique. Là-bas, l'atomiseur, qui répand en nuages diverses huiles minérales, vapoléine, albolène, etc., règne sur la rhinologie ; et dans cette huile s'incorporent le menthol, l'eucalyptol, le cinmanol, le goménol, selon le goût du client et la mode du jour. Il est certain que les pituitaires de New-York, ainsi vernissés, supportent mieux les fumées de la ville monstre.

C. Insufflation de poudres. — Ce mode de traitement est plus actif que le précédent et doit être réservé aux formes tenaces. Le malade l'applique lui-même. La technique de l'auto-insufflation a été déjà décrite, et il a été dit que c'est le seul moyen efficace pour répandre les topiques pulvérulents à la surface de la pituitaire. Les nombreuses poudres à priser ont seulement une valeur commerciale.

Les poudres insolubles, à base de talc ou d'amidon, et com-

posées d'iodol, de dermatol, d'aristol, d'europhène, antiseptiques successifs dont la décadence a suivi de près la grandeur, doivent être sévèrement interdites. Il serait vraiment étrange de prétendre guérir par l'insufflation de poussières, une affection qui a comme principale cause l'inspiration de poussières !

L'excipient de ces poudres sera très soluble : le sucre de lait, le borate de soude remplissent ces conditions.

La substance active sera astringente ou caustique. On essaiera successivement l'acéto-tartrate d'alumine (2 °/₀), le sozoidol de soude (2 °/₀), le tétraborate de soude (50 °/₀), le nitrate d'argent (1 à 2 °/₀). Zarniko recommande :

Menthol	0,20 centigrammes
Tétraborate de soude .	ââ 5 grammes
Sucre de lait	

Lubet-Barbon et Sarremone préfèrent les insufflations d'acide borique finement cristallisé, parce qu'il pénètre moins facilement dans les sinus que la poudre fine. L'acide borique excite violemment la sécrétion de la pituitaire, dont le mucus balaie les croûtes et dégage le nez. Les insufflations de nitrate d'argent sont moins recommandables : attendu que ce sel noircit l'entrée du nez, tache les mouchoirs, et n'accepte comme excipient que la poudre insoluble de talc.

L'usage de ces poudres exige certaines précautions, surtout chez les sujets nerveux. Le nombre des insufflations quotidiennes doit varier de deux à six ou huit, suivant la ténacité du coryza, et suivant l'intensité de la réaction de la pituitaire. Si, ce qui n'est pas rare, l'insufflation, surtout avec les poudres astringentes, détermine de violents éternuements, accompagnés de céphalalgie frontale, il est préférable de n'en faire qu'une matin et soir, et de ne pas pratiquer dans une même séance le traitement des deux fosses nasales.

De toutes façons, c'est un traitement irritant, pénible pour le malade : et, m'écartant en cela des rhinologistes allemands qui le prescrivent par tradition, je préfère le traitement doux des Américains qui, en gens pratiques, ne sont pas tentés de superposer au coryza, qui leur est pénible, un traitement plus

pénible encore. Pour ma part, j'ai toujours obtenu de bons résultats avec les balnéations alcalines chaudes, accompagnées ou non, suivant les circonstances, de pulvérisations protargolées.

Il est bien convenu qu'un tel traitement ne peut être continué indéfiniment sans inconvénient pour le nez et surtout sans danger pour l'odorat : et que les enchifrénés de notre clientèle qui veulent se traiter eux-mêmes, doivent, plusieurs fois par an, venir nous rendre compte des résultats obtenus.

D. Badigeonnages. — Ce procédé de traitement est bien plus efficace que les précédents : mais il exige que le patient reste à la disposition du spécialiste, qui, seul, peut l'appliquer. Confier soit au patient, soit à son médecin de famille, le soin de badigeonner les fosses nasales, c'est courir au-devant d'un échec en même temps que se déconsidérer ; on aura à endosser la responsabilité d'un traitement mal fait parce qu'on ne l'aura pas fait soi-même.

La technique du badigeonnage a été expliquée. Une légère cocaïnisation préalable du nez, à l'aide d'une pulvérisation de solution à 1 %, est nécessaire pour ouvrir les fosses nasales et leur faire accepter mieux le contact du porte-coton. L'application sera répétée, prolongée, méthodique : il est parfois avantageux d'y joindre un peu de massage vibratoire.

Les substances médicamenteuses ont chacune leur indication.

Dans les formes atones, où prédominent la sécheresse et la tendance aux croûtes, on emploiera l'iode avec, comme excipient, la glycérine (Mandl). On commencera par la solution à 1 % ; et, s'il n'y a pas d'intolérance, atteindra le taux de 2 % :

	Solution 1	Solution 2
Iode	0,50 centigrammes	1 grammes
Iodure de potassium . .	1,50 »	3 grammes
Glycérine pure	100 grammes	100 grammes
Menthol	0,50 centigrammes	0,50 centigr.

Cette « iodglycerin » dont font tant abus les néophytes de

l'Ecole allemande, ne doit pas être employée inconsidérément. Son effet est assez désagréable. Elle provoque une abondante hypersécrétion de mucus avec sensation de plénitude dans la tête qui dure plusieurs heures.

Dans les formes catarrhales avec sécrétion purulente abondante, on préférera le nitrate d'argent en solution dans l'eau distillée. Commencer par la solution à 1 °/₀ pour atteindre la solution à 5 °/₀ que rarement on pourra dépasser. Le nitrate d'argent est « l'ami des muqueuses » : aucun agent ne sèche mieux que lui le catarrhe. La réaction qu'il produit est très vive ; il provoque parfois de violentes brûlures nasales que n'arrivent pas toujours à calmer des irrigations chaudes d'eau salée. Aussi est-il préférable de lui substituer le protargol, dont le nez reçoit avec parfaite indifférence des solutions fortes à 10 °/₀ et qui donne d'aussi bons effets. Les malades qui ont essayé du protargol, n'acceptent plus d'autre traitement, tant il leur est doux : il n'en est pas moins vrai que ce corps est très actif et doit être manié avec la même prudence que le nitrate d'argent. Toutefois, il ne mord pas sur la muqueuse comme ce dernier, et doit parfois lui céder le pas.

Le nombre des badigeonnages variera suivant la ténacité du coryza. Dix badigeonnages quotidiens dans les formes rebelles, auront plus d'effet que vingt séances espacées de deux en deux jours. Si le traitement ne demande pas à être aussi actif, on se contentera de deux à trois séances par semaine pendant un mois et demi. Après quoi, on suspendra le traitement pour juger de l'effet produit. L'amélioration étant obtenue, on se contentera de prescrire des bains chauds ou des pulvérisations huileuses ; s'il y a rechute, on recommencera une nouvelle saison de badigeonnages, en essayant d'un autre médicament. Dans tous les cas, même pendant la durée du traitement, la balnéation nasale ne doit pas être suspendue.

Et si après deux ou trois reprises, l'effet est à peu près nul, mieux vaut cesser tout traitement pendant quelques mois, pour ne point décourager le patient. Une cure thermale vient alors à point pour lui remonter le moral.

E. Aérothermie. — Les insufflations d'air surchauffé, suivant la méthode de Lermoyez et Mahu, donnent de bons résul-

tats dans la rhinite congestive à bascule (Schiffers). Elles agissent peu quand il existe de la sécrétion muco-purulente ; plus l'élément vaso-moteur prédomine sur l'élément infectieux, plus l'amélioration ainsi obtenue est satisfaisante.

En général, six ou huit applications d'air chaud, faites de deux en deux jours, amènent une désobstruction nasale manifeste. Mieux est de donner ensuite au patient quinze jours de repos pour reprendre une nouvelle série de quatre à six séances. Evidemment, la guérison n'est pas définitive ; mais l'amélioration est prolongée.

La durée de chaque séance doit varier suivant les susceptibilités individuelles : une minute au maximum pour chaque fosse nasale. D'ailleurs, le coryza chronique réagit moins à l'air chaud que le coryza spasmodique ; et il n'y a pas ici à redouter les crises artificielles violentes produites par un traitement trop intensif.

Bien entendu, on ne se contentera pas de porter l'insufflation seulement à l'entrée du nez : mais, dès que la tête du cornet inférieur se sera rétractée, on introduira au fond des fosses nasales un tube fin pour conduire l'air chaud jusque sur la queue du cornet.

F. Cautérisations. — En désespoir de cause, dans les cas rebelles, on a conseillé de cautériser la muqueuse avec des caustiques solides, et d'y tracer des stries avec du nitrate d'argent, de l'acide trichloracétique ou de l'acide chromique. Le remède me paraît pire que le mal. Ces cautérisations énergiques, qui ont raison d'être pour supprimer les bourgeons ou les polypes des cavités suppurantes, se comprennent mal quand elles s'adressent à des troubles vasculaires et à des altérations glandulaires. Détruire n'est point modifier. Il serait facile de sécher un nez en transformant la pituitaire en tissu de cicatrice : mais le malade y gagnerait-il ?

La galvanocaustie, qui est la plus logique et la plus simple de toutes les cautérisations, n'est indiquée que quand aucun des moyens précédents n'a pu vaincre l'insuffisance nasale qui tourmente le malade. Elle s'adresse surtout aux formes congestives dont les gros cornets s'acheminent vers la rhinite hypertrophique.

Un dernier conseil. Ne pas oublier que la rhinite chronique coïncide presque toujours avec un catarrhe chronique du naso-pharynx ; et que la thérapeutique du coryza doit être complétée par le traitement de cette dernière affection, plus tenace et plus pénible encore.

II

NOS DERNIERS CAS DE BRONCHOSCOPIE ET ŒSOPHAGOSCOPIE CORPS ETRANGERS DES BRONCHES CURE DE RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES DE L'ŒSOPHAGE

Par GUISEZ, chef des Travaux de laryngologie à la clinique chirurgicale de l'Hôtel Dieu.

Depuis deux ans nous avons eu l'occasion d'appliquer la bronchoscopie et l'œsophagoscopie à un certain nombre de malades qui en étaient justiciables.

Grâce à la bronchoscopie, nous avons réussi à extraire quatre corps étrangers bronchiques, ce qui porte à sept le nombre des extractions que nous avons pu faire par ce procédé. Dans plusieurs cas le bronchoscope nous a permis d'éliminer des corps étrangers imaginaires.

Par l'œsophagoscopie nombreux sont les cas où nous avons pu poser le diagnostic *de visu* de cancer ou de lésion de cet organe. Nous avons eu l'occasion de soigner aussi, trois malades atteints de rétrécissement infranchissable cicatriciel et un congénital de l'œsophage, et dans trois cas nous avons réussi à les débarrasser de leur infirmité.

Ce sont ces différentes observations que nous désirerions rapporter ici, nous verrons tout l'enseignement que l'on peut en tirer.

I. — Bronchoscopie

Pièce de 10 francs dans la bronche droite; extraction par la bronchoscopie supérieure.

Observation I. — Un homme, exerçant la profession de caissier, avait le 3 septembre 1903, quelques pièces de 10 francs dans la

bouche. Il en sentit tout à coup une filer et disparaître dans le larynx. Il fut pris aussitôt d'un accès terrible de suffocation avec toux quinteuse, violente, et sensation de manque d'air. Après quelques minutes de cette crise aiguë, les phénomènes s'amendèrent. Néanmoins dans le reste de la journée, il y eut encore deux ou trois petits accès de suffocation avec toux quinteuse persistante.

Plusieurs fois, à l'occasion d'une quinte de toux, l'expectoration fut striée et teintée de sang. Ces petites hémoptysies peu abondantes eurent le don d'effrayer beaucoup le malade et ce sont elles surtout qui le décidèrent à consulter un médecin de son quartier. Celui-ci essaya de le persuader qu'il n'avait rien dans les bronches, convaincu, du reste, qu'il s'agissait là d'un simple fait d'imagination. Le malade soutenait le contraire, d'autant qu'il sentait nettement une douleur assez vive à la partie supérieure du poumon droit, et que les déplacements de la pièce dans la toux ou la respiration énergique l'impressionnaient péniblement.

Les jours suivants, élancements et points de côté dans la partie supérieure de la poitrine. Tous les matins, quintes surtout pénibles immédiatement après le réveil, avec expectoration filante et muco-purulente. Après cette sorte d'évacuation, le reste de la journée était très calme. Cependant, quand le malade se baissait, il lui semblait que sa pièce se déplaçait. Plusieurs fois, à l'occasion de mouvements un peu brusques, apparurent de véritables accès de suffocation, dus aux déplacements de la pièce pouvant obstruer la grosse bronche droite en se plaçant en travers d'elle. Depuis trois semaines, les symptômes sus-énoncés ont augmenté d'intensité et tous les matins se produisent de véritables vomiques à la suite desquelles survient un soulagement notable. Dans ces derniers temps aussi, le malade se plaint d'une sorte de cacosmie subjective avec mauvais goût dans la bouche. Durant cette période de seize mois, depuis le jour de l'accident, le malade alla conter sa mésaventure à sept ou huit médecins. Tous essayèrent, mais en vain, de lui prouver qu'il se trompait, jusqu'au jour où il vint consulter le Dr Barret. C'est dans son cabinet que nous vîmes pour la première fois le malade.

Un examen rapide externe du thorax et l'auscultation ne nous révélèrent rien de particulier qu'un peu d'obscurité de la respiration dans la partie supérieure du poumon droit.

L'examen radioscopique pratiqué, le 11 février 1905, a donné les résultats suivants (1).

(1) Notice du Dr Barret.

« Le malade étant placé dans la position frontale, le dos tourné vers l'écran, l'ombre de la pièce apparaît sur le bord droit de l'ombre médio-sterno-vertébrale, dépassant un peu cette ombre à droite.

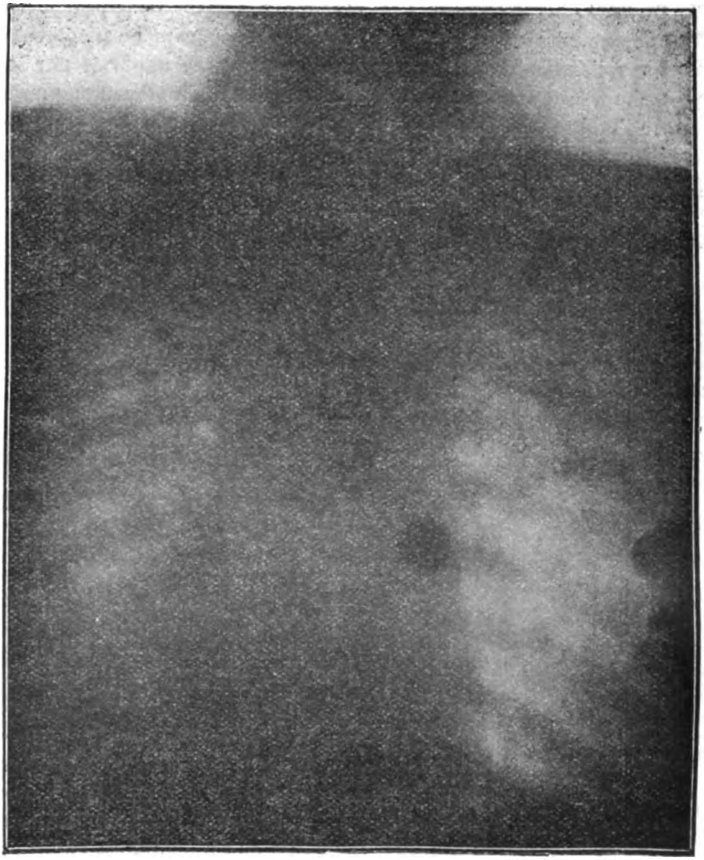


FIG 1.

Radiographie d'une pièce de 10 francs dans la bronche droite.

La hauteur répérée à l'aide du rayon normal, c'est-à-dire en faisant passer par le centre de l'ombre le rayon perpendiculaire à l'écran correspond à la partie inférieure du sixième espace inter-

costal en arrière. La pièce est placée de champ, debout sur sa tranche et dans un plan sensiblement parallèle au plan frontal.

Les mouvements respiratoires semblent lui faire subir un léger déplacement en hauteur qui atteint 3 ou 4 centimètres dans la toux et l'expiration forcée.

Du côté des poumons, on note une obscurité assez prononcée du poumon droit, le sommet gauche est lui-même peu transparent.

Dans l'examen en position oblique, la pièce apparaît par sa tranche à la partie antérieure de l'espace clair moyen compris entre l'ombre de la colonne vertébrale et celle du cœur, à un niveau un peu inférieur à celui du sommet de l'ombre cardio-aortique.



Fig. 2.

Eclaireur broncho-œsophagoscopique.

On fait une radiographie, le thorax étant immobilisé en inspiration. Comme le malade est incapable de retenir son souffle plus d'une vingtaine de secondes, la pose est faite en trois fois ; le courant est établi dans l'ampoule dès que le malade a immobilisé son thorax et interrompu dès qu'il est obligé de reprendre sa respiration. On réalise ainsi une pose d'une durée totale de cinquante secondes, minimum de temps paraissant nécessaire, étant donné la robuste constitution du sujet. L'ombre de la pièce est bien visible sur l'épreuve radiographique dans la région indiquée par la radioscopie. Mais celle-ci nous donne des renseignements bien plus précis que la radiographie. »

La présence de cette pièce et sa localisation à la partie moyenne de la bronche droite, étant donné la projection de l'ombre au niveau du sixième espace intercostal en arrière, n'était donc plus douteuse.

Nous donnons rendez-vous au malade pour le matin du 14 février, dans le service du professeur Le Dentu, en lui recommandant de venir à jeun et après lui avoir fait prendre jusque là 4 grammes de bromure de potassium par jour.

Dans la position assise nous cocaïnons le pharynx, le voile, la base de la langue, l'entrée de l'œsophage, les aryténoïdes et la glotte. Puis le malade est placé pour l'intervention dans la position couchée la tête très renversée en arrière. Pour l'éclairage, nous nous munissons de notre éclaireur (*fig.* 2). Nous préparons un

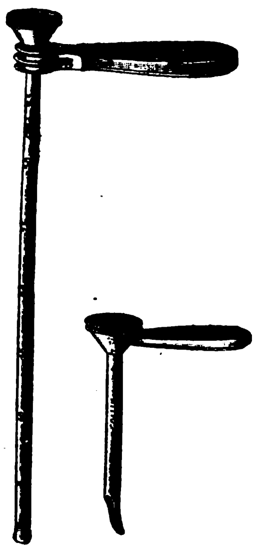


Fig. 3.

Tube bronchoscopique et tube spatulé.

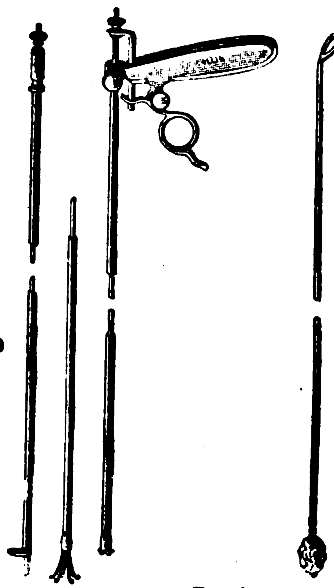


Fig. 4.

Instruments d'extraction.

tube de 35 centimètres et de 12 millimètres de diamètre. Au moment d'introduire le tube, sous l'influence de la position déclive de la tête sans doute, survient un léger accès de suffocation, mais rapidement les phénomènes disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

Nous introduisons le tube et voyons successivement : l'épiglotte, les cordes vocales et franchissons d'un seul coup la glotte. Puis en cocaïnant encore, nous pénétrons rapidement dans la bronche droite.

La tranche jaune de la pièce de 10 francs nous apparaît nettement (*fig.* 5). Avec la pince à articulation terminale montée sur le manche universel, nous la saisissons sous le contrôle exact de la vue. Nous nous assurons que la prise est bonne et d'un seul coup nous retirons le tube et la pince avec le corps du délit.

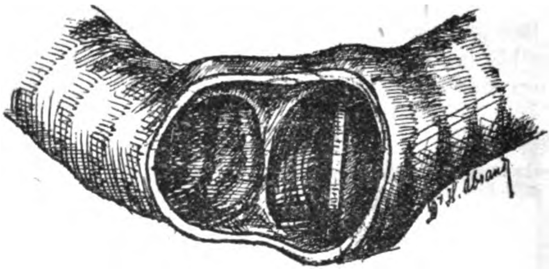


FIG. 5.

Aspect des corps étrangers vus dans le bronchoscope.

Le malade a pu rentrer chez lui en voiture, ne gardant pendant quelques jours qu'un peu d'aphonie due à un léger œdème des cordes vocales, sans le plus petit malaise. Le lendemain de l'opération, nous pûmes, en effet, le présenter à la Société de chirurgie [1].

Pièce de 0 fr. 50 centimes dans la bronche droite ; extraction par la bronchoscopie supérieure.

OBS. II. — Un chiffonnier, ayant quelques pièces de monnaie dans la bouche, avale ou croit avaler l'une d'entre elles en causant. Aussitôt, toux bruyante, quinteuse, accès de suffocation très court, puis tout rentre dans l'ordre. Les jours suivants, le malade éprouve seulement une gêne légère au moment de l'inspiration, avec une toux parfois quinteuse, principalement la nuit. Il ressent un point douloureux au-dessous du mamelon droit, plus marqué au moment des fortes inspirations et dans les mouvements un peu brusques.

[1] Il n'y a eu aucune suite opératoire.

Tourmenté par l'idée de la pièce avalée, par ce point fixe douloureux, par l'augmentation, depuis plusieurs jours, des quintes de toux et l'apparition d'une expectoration muco-purulente, il vient quatre semaines après l'accident (février 1906) consulter à l'hôpital Bichat. Il sent, dit-il, sa pièce en un point fixe de la poitrine, surtout dans les mouvements un peu violents.

M. Picqué fait, au moyen de boules exploratrices, l'examen de l'œsophage et constate qu'il est libre dans toute son étendue. L'auscultation du thorax ne révèle rien de spécial. Cependant, devant la persistance de la douleur, sa fixité et la gêne plus marquée du malade, une radiographie est faite à la Salpêtrière par M. Infroid.

Le cliché montre très nettement la pièce à droite de la colonne vertébrale vers la partie interne et inférieure du cinquième espace intercostal droit.

Le malade n'avait donc pas avalé sa pièce, il l'avait aspirée et elle avait filé vers la bronche droite.

Dans ce cas particulier, c'est donc la radiographie qui fit faire le diagnostic. Jusque-là on n'avait que de simples présomptions. D'après l'image radiographique et devant la vacuité de l'œsophage, la pièce ne pouvait être que dans la bronche.

La fixité de la pièce, sa situation sur l'image radiographique au niveau de la racine de la sixième côte droite, tout cela permettait d'affirmer un corps étranger de la bronche droite.

Opération. — M. Picqué nous donne rendez-vous le dimanche 18 février, à 10 heures, à l'hôpital Bichat. Le malade est absolument à jeun et a pris, la veille, en deux fois, 6 grammes de bromure de potassium.

A l'aide d'un pinceau, nous insensibilisons, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20, le pharynx, le voile du palais, la base de la langue, le fond de la bouche et tout l'isthme du larynx. Plusieurs tubes bronchoscopiques et une série de porte-cotons montés, destinés à éponger et à anesthésier la trachée et les bronches, sont disposés dans un plateau à notre portée.

Nous choisissons un tube de 35 centimètres de longueur et de 12 millimètres de calibre et le chauffons légèrement au-dessus d'une lampe à esprit-de-vin.

Le malade est placé dans le décubitus dorsal, la tête en position de Rose, dépassant le plan du lit, soutenue par un aide ; nous introduisons le tube par la commissure buccale gauche, la têt étant très renversée en arrière et la face regardant à gauche

L'introduction du tube chez le malade est assez pénible à cause de l'existence de chicots dentaires très acérés amenant d'assez vives douleurs dans le « redressement du tube », manœuvre indispensable pour atteindre la glotte.

Après deux tentatives infructueuses, et gêné par cette petite complication du côté de la bouche du malade, nous apercevons très nettement, par la lumière du tube, l'épiglotte, la glotte. Descendant un peu notre tube jusqu'à la commissure de la glotte, nous sommes arrêtés un instant par un spasme glottique qui est calmé rapidement par l'application de cocaïne sur les cordes vocales. Redressant progressivement notre tube et profitant d'une large inspiration, d'un seul coup nous franchissons la glotte.

Par la lumière du tube nous voyons les premiers anneaux de la trachée ; insensibilisant de proche en proche l'origine de la trachée, nous descendons progressivement le tube au fur et à mesure que nous appliquons la cocaïne. Nous ne tardons point à apercevoir l'éperon bronchique. Inclinant le plus possible vers la gauche l'extrémité distale du tube, nous cherchons à nous diriger vers l'intérieur même de la bronche droite. Nous parvenons ainsi, sans aucun incident, à l'entrée de la bronche droite. Nous voyons alors, très brillante, réfléchissant les rayons issus de notre éclaireur, la pièce de 50 centimes. Elle nous apparaît de trois quarts la tranche tournée vers la ligne médiane dans un plan intermédiaire entre le plan latéral et le plan sagittal. La pièce nous semble nettement à l'intérieur de la bronche, l'ayant pour ainsi dire dilatée, ayant donné à sa lumière une forme légèrement ovalaire. Elle est un peu plus bas que ne paraît l'indiquer la radiographie. Nous la saisissons avec notre pince à articulation terminale après l'avoir fait basculer légèrement de façon à mettre sa tranche dans un plan sagittal par rapport au tube. La prise est bonne : la pièce heurte l'extrémité du tube lorsque nous essayons de ramener la pince. D'un seul coup, nous retirons le tube et la pince avec la pièce de monnaie. L'opération, faite en présence du Dr Picqué et de ses assistants n'a duré que quelques minutes. Quant au malade, il s'est levé immédiatement, nous réclamant avec insistance sa pièce de 50 centimes dont il paraît très fier.

Il regagne à pied son lit, et malgré nos recommandations nous le trouvons en train d'avaler un ragoût aux pommes de terre un quart d'heure après l'intervention, et deux jours après le Dr Picqué le présentait à la Société de chirurgie [1].

[1] Bulletin de la Société de chirurgie (février 1906).

Anche de trompette dans la ramification bronchique ; extraction par la bronchoscopie supérieure.

OBS. III. — Cette observation est intéressante par la nature du corps étranger et la rapidité avec laquelle nous avons pu intervenir cinq ou six heures après l'accident.

Un enfant de 5 ans et demi jouant avec une sorte de petite trompette et voulant la faire fonctionner, en aspire l'embouchure. Aussitôt violents efforts, comme si l'objet avait beaucoup de difficultés à descendre ou à remonter ; accès de suffocation et toux quinteuse avec cyanose. Le père, témoin de l'accident, veut, avec ses doigts, retirer le petit objet de la gorge de l'enfant, mais il ne peut l'atteindre, il est déjà loin. Les parents anxieux se demandent où est passé le petit corps qui a disparu, lorsqu'un quart d'heure environ après l'accident, ils entendent très nettement, et à plusieurs reprises, une sorte de petit bruit musical déterminé par la petite anche qui vibre à l'intérieur de la poitrine : ils en concluent très facilement qu'il a dû pénétrer dans une bronche. Le père voit le Dr Lequem, puis les Drs Cauzard et Grossard qui tous confirment le diagnostic.

Le Dr Laquerrière fait une radiographie. Elle permet de constater (v. *fig.* 6) une petite tache de forme oblongue, à grosse extrémité inférieure, à grand axe oblique en bas et en dehors, siégeant à la partie interne du sixième espace interscostal droit en arrière. Il s'agit, à n'en pas douter, du corps étranger qui a bien pris la direction de la grosse bronche : sa fixité, sa position, tout semble le prouver ; le corps étranger est tout à fait immobile, sauf un léger déplacement de haut en bas avec les mouvements respiratoires.

L'opération est pratiquée à quatre heures, c'est-à-dire sept heures après l'accident, à la maison de santé du Dr Prat-Dumas. Dès que la chloroformisation est complète, nous choisissons deux tubes de 7 millimètres et 5 millimètres de diamètre. L'enfant est couché dans la position de Rose, un oreiller sous les épaules. Nous essayons d'abord de faire pénétrer le tube de 7 millimètres, mais il est trop large pour traverser la glotte, et nous recourons à celui de 5 millimètres. Nous franchissons, l'ayant introduit par la commissure buccale gauche, assez facilement la glotte, et arrivons après avoir calmé un accès de toux par un peu de cocaïne, jusqu'à l'entrée de la bronche droite, nous pénétrons dans cette bronche. Nous voyons aussitôt dans la cavité de celle-ci le petit

corps brillant. Il occupe le fond de la cavité bronchique plus bas que ne l'indique la radiographie, et une partie disparaît dans la ramification bronchique inférieure (*fig.* 7). Lorsque le tube arrive à son contact, nous entendons, et tous les assistants purent entendre nettement, une sorte de bruit musical dû aux vibrations de l'anche.

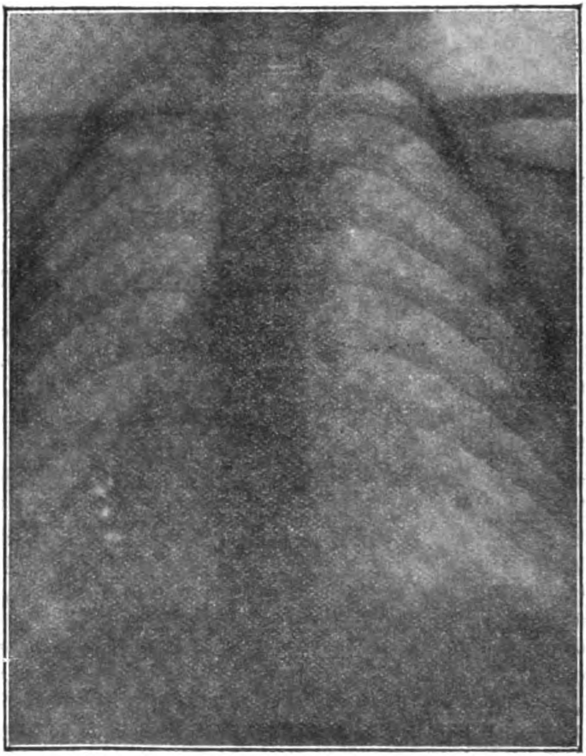


Fig. 6.

Radiographie de la petite anche de trompette (partie interne du 6e espace intercostal droit).

Rapidement, avec une longue pince à griffes à articulation terminale, nous saisissons le petit corps étranger, nous nous assurons que la prise est bonne (en essayant de ramener la pince, nous

sentons, en effet, très nettement, qu'elle heurte le bord inférieur du tube dont le calibre est inférieur à celui du corps étranger augmenté de l'épaisseur des mors de la pince). D'un seul coup nous retirons le tube et là pince tenant le corps du délit. Il s'agissait, en effet, d'une sorte de petite embouchure de trompette munie d'une anche vibrante et mesurant 3 à 4 millimètres de diamètre dans sa partie la plus large, sur 8 millimètres de long.

L'opération faite avec l'assistance des Drs Cauzard, Berruyer et Prat-Dumas, n'a pas duré plus de quelques minutes dès que l'anesthésie générale a été obtenue.

Le petit malade aussitôt recouché s'est plaint seulement dans les heures suivantes, d'un peu de douleurs dans la gorge. Une légère raucité de la voix, quelques râles ronflants de bronchite pendant les deux ou trois jours suivants, voilà tout ce qui a constitué les suites opératoires. Il est, actuellement tout à tait bien. L'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la poitrine.

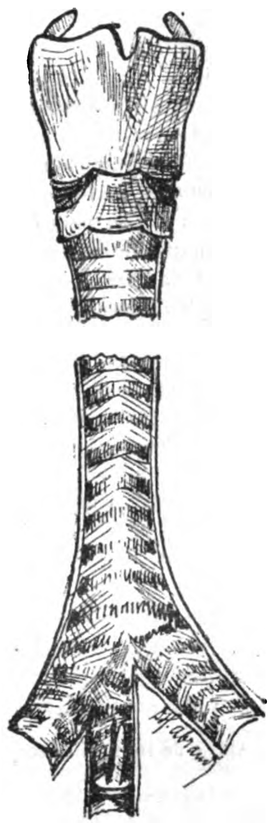


Fig. 7.

Corps étranger dans la ramification bronchique.

OBS. IV. — *Noyau de datte inclus dans la bronche gauche. Extraction par bronchoscopie supérieure. Trachéotomie le lendemain.*

Notre collègue et ami le Dr Guibal (de Béziers), nous a adressé, il y a quelques jours (le 23 novembre), une fillette de 5 ans $^{1}/_{2}$ qui avait aspiré, quatre jours auparavant, un noyau de datte.

Après un violent accès de suffocation succédant à l'accident, la malade continua à être très gênée, la respiration restait bruyante, stertoreuse et la dyspnée assez marquée. De temps à autre accès de toux à timbre croupal. Plusieurs médecins successivement con-

sultés lui administrèrent vomitifs sur vomitifs, mais le noyau en fut pas rendu. Le Dr Orsant l'examine au laryngoscope et croit voir quelque chose entre les cordes vocales. Le Dr Bousquet, de Béziers, deux jours après, affirme que le larynx est vide de tout corps étranger.

Lorsque le Dr Guibal voit la petite malade le soir même de l'accident, il la trouve avec la voix éteinte, avec quelques accès de toux rauque. L'auscultation révèle la silence de tout le *poumon gauche*. Les battements du cœur sont précipités.

La *radiographie* et la *radioscopie* sont successivement faites par le Dr Denoyés, de Béziers. La radiographie ne donne absolument rien, mais il n'en peut être autrement, attendu que le noyau de datte en question n'arrête point les rayons X à travers les parties molles de la main, par exemple.

Bien plus intéressants sont les résultats fournis par la radioscopie.

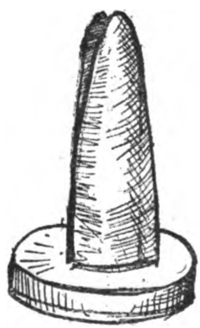


Fig. 8.

Anche de trompette, corps étranger bronchique (grossie 2 fois).

On note sur l'écran une opacité beaucoup plus grande du poumon gauche, comparée au poumon droit qui est normalement clair. Les côtes gauches sont beaucoup plus obliques que les côtes droites. Hemithorax gauche est rétréci. La moitié droite du diaphragme se contracte normalement, la moitié gauche, au contraire, est bien au-dessus de la droite, contrairement à la normale et les contractions inspiratoires y manquent et sont remplacées par des ondulations vibratoires très rapides. Le Dr Guibal conclut à la non perméabilité du poumon gauche, et il nous l'envoie à Paris.

Nous voyons l'enfant à neuf heures et demie du matin, le vendredi 23 novembre, c'est-à-dire quatre jours après l'accident.

L'enfant paraît agitée, son facies est angoissé, la voix est rauque, la respiration précipitée et de temps à autre survient un accès de toux rauque avec expectoration muco-purulente. L'auscultation nous révèle de l'obscurité complète du murmure vésiculaire dans toute la partie gauche du thorax. Rales de bronchite à la naissance des grosses bronches et quelques râles muqueux. Submatité vers la partie moyenne du poumon gauche. Température 39°.

L'opération est faite à onze heures et demie. Dès que la chloroformisation est obtenue, nous introduisons un tube de 6 millimètres qui franchit aisément la glotte. Cocaïnant légèrement la trachée, nous arrivons à la bifurcation. Inclinant le tube vers la gauche, nous apercevons, après avoir épongé à l'aide de nos longs porte-cotons tout un amas muco-purulent qui le masque, le pôle supérieur du noyau dans la bronche qu'il semble avoir dilatée. Avec notre pince à griffe nous essayons de le saisir, chose très difficile étant donné sa viscosité. Nous nous assurons que la prise est bonne : en voulant le ramener dans le tube il butte sur l'extrémité inférieure de celui-ci. Retirant vers le larynx le corps étranger et le tube, nous voulons extraire les deux objets, mais le noyau s'arrête à la glotte et retombe dans la trachée. Une deuxième introduction du tube montre le noyau à l'entrée de la bronche droite : nous l'avons fait passer d'une bronche dans l'autre. Cette fois nous parvenons à le saisir solidement et nous ramenons tube et pince avec le corps du délit.

Nous avons été frappé, une fois enlevé, de la grosseur de ce noyau qui s'était gonflé dans la bronche, et nous sommes surpris qu'il ait pu repasser par la glotte.

Les suites n'allèrent point cependant à souhait : le premier jour, 40°, le lendemain matin, 38°,5. Quelques rales de bronchite dans la poitrine, légère dyspnée et raucité de la voix. A trois heures, 39°,9 et violent accès de dyspnée avec apné. Une trachéotomie est jugée indispensable. Nous la pratiquons à 4 heures. Elle amène l'issue d'une quantité considérable de muco pus encombrant les bronches et le retour à la vie de la petite malade. La température, le lendemain, est 38°.

Elle revient à la normale 37°, ensuite dans la poitrine quelques râles de bronchite. La malade est décanulée le 3e jour. La voix est normale. Nous pouvons, le 5e jour après son opération, la

présenter à la Société de chirurgie (Séance du 28 novembre 1906). Guérison complète le 8e jour.

L'accès de dyspnée qui a nécessité la trachéotomie, était vraisemblablement dû à du spasme de la glotte. En tous cas, on ne peut incriminer aucune lésion du larynx, la laryngoscopie n'en accuse aucune et la voix n'est pas altérée.

L'observation III nous montre combien cette intervention est bénigne lorsqu'elle est faite aussi hâtivement ; chez lui, en effet, nous avons pu intervenir quelques heures après l'accident. On voit à quels résultats heureux on peut arriver même chez les tout jeunes enfants où l'on est obligé de se servir de tubes de très petit calibre, à l'extrémité desquels l'éclairage est assez difficile.

Dans tous les cas, nous avons pu faire la bronchoscopie supérieure, c'est-à-dire passer directement par la glotte.

Cela porte à sept le nombre de corps étrangers que nous avons extraits par cette méthode.

Dans le premier seul nous avons dû faire la trachéotomie temporaire, dans tous les autres, les tubes ont pu être passés directement par la glotte.

Nous estimons du reste, nous rangeant à l'avis du grand maître en bronchoscopie le Prof. Killian, de Fribourg en Brisgau, que les cas où la trachéotomie doit être faite, seront infiniment rares ; lorsque la bronchoscopie supérieure aura échoué et lorsqu'il faudra agir rapidement en présence de complications pulmonaires et bronchiques. Dans certains cas spéciaux, lorsque le corps étranger se présente par son volume et ses aspérités dans des conditions telles, qu'il pourrait léser le larynx au moment de son extraction, ou lorsque la bronchoscopie supérieure a échoué.

Dans l'observation IV, si nous nous étions douté du volume du noyau, nous aurions d'emblée fait la trachéotomie; mais nous avons été trompé sur son volume. La vision monoculaire à l'intérieur des tubes, nous permet d'apprécier difficilement les dimensions des corps étrangers.

Si la trachéotomie facilite, en effet, beaucoup l'examen des bronches, permettant d'introduire directement les tubes dans

la trachée et de les employer plus courts,plus faciles à éclairer, il s'agit là un peu d'une arme à deux tranchants ; chez les sujets en menace d'infection comme le sont toujours les malades qui présentent des corps étrangers bronchiques, il n'est pas indifférent de créer des plaies trachéales. Il vaut mieux en tous les cas, se dispenser de plaie trachéale, c'est là une règle de bonne chirurgie.

Les voies aériennes comme toutes les cavités naturelles peuvent en effet donner lieu à de fausses sensations et être le siège de *corps étrangers imaginaires*. Tel malade croit avoir aspiré une épingle, une arête, un noyau et ramène tous les phénomènes thoraciques qu'il éprouve à la présence de ce corps étranger.

La radioscopie et radiographie, nous ont aidé beaucoup pour le diagnostic du corps étranger, sur son existence et sur son siège, nous évitant des bronchoscopies inutiles.

Dans plusieurs cas, cependant, nous avons trouvé la radiographie en défaut : dans l'un, adressé par notre ami le Dr Ferron, de Laval, nous avons recherché un noyau de prune dans la bronche droite. Le diagnostic était établi sur des commémoratifs : le malade affirmait avoir aspiré ce noyau et il localisait une douleur très vive à la partie latérale droite du sternum. Cela joint à de la dyspnée, de la toux, une expectoration muco-purulente, un souffle bronchique plus marqué à droite, permettait de lui donner raison. Une radioscopie fut faite en province et permit de voir une tache sombre vers le cinquième espace intercostal droit en arrière et confirmait pour ainsi dire le diagnostic.

La bronchoscopie nous permit bien de constater une dilatation bronchique de la grosse bronche droite avec fausses membranes, sécrétions fétides, gangréneuses, mais lorsque la bronche fut nettoyée et vidée de tout son contenu, nous pûmes voir les orifices de toutes les ramifications et affirmer qu'il n'y avait là aucun corps étranger.

D'après les données de la radioscopie, il est presque toujours impossible de dire si le corps étranger est dans l'œsophage ou dans la trachée: Les signes concomitants peuvent aider à peine au diagnostic.

Les corps étrangers de la partie supérieure de l'œsophage peuvent, en effet, donner lieu surtout chez les enfants, à des phénomènes dyspnéiques tels, que l'on peut très bien errer sur sa localisation exacte.

Nous avons enlevé, il y a un an et demi à l'Hôtel Dieu une pièce de 1 franc de l'œsophage d'un enfant qui présentait véritablement des phénomènes dyspnéiques et des crises de suffocation telles, que n'était le volume du corps en question, on était autorisé à faire presque une trachéotomie. La radiographie ne permettait pas, en effet, de faire sa localisation. L'œsophagoscopie a permis de poser le diagnostic et d'extraire dans une même séance le corps étranger.

Notre collègue le Dr Mouchet, suppléant aux Enfants malades le Dr Broca, nous pria de voir un enfant dont l'histoire montre bien combien il est difficile de localiser dans certains cas le diagnostic de corps étranger trachéal ou œsophagien.

Un petit malade, soigné par Dr Farabeuf d'Etampes est envoyé aux « Enfants Malades » ; une radiographie qui l'accompagne montre nettement une épingle de nourrice à la partie moyenne du cou obliquement dirigée. L'enfant a eu au moment de l'accident des phénomènes respiratoires ; suffocation, toux, dyspnée. En outre, le corps étranger est fixe et une nouvelle radiographie faite par M. Coutremoulin, la note au même endroit. Le Dr Rolland, laryngologiste, ne remarque rien d'anormal à l'examen direct laryngé. A un certain moment les troubles respiratoires augmentent brusquement et même le 18 août, il fait des phénomènes intenses de dyspnée avec toux, apnée presque complète, cyanose de la face.

Une trachéotomie d'urgence dut être faite et la respiration se rétablit normalement. Cherchant prudemment par la plaie trachéale à l'aide d'une pince, on ne sent ni ne ramène aucun corps étranger. Une nouvelle radiographie est faite le surlendemain ; quel ne fut pas l'étonnement, de constater que l'épingle était au niveau de la dixième vertèbre dorsale ; il s'agissait d'un corps étranger œsophagien, qui, arrêté on ne sait trop pourquoi, étant donné sa forme lisse et sa petitesse, dans la partie supérieure de l'œsophage,avait donné lieu à des phénomènes respiratoirs tout à fait trompeures.

Voilà donc un cas où une simple trachéoscopie ou œsophagoscopie, aurait évité au malade une intervention chirurgicale.

Nous ne pûmes arriver pour la faire à temps, étant absent de Paris à ce moment-là.

II. — Œsophagoscopie

Pour ce qui est de l'*œsophagoscopie*, nombreux sont les cas où nous avons pu poser le diagnostic de spasme, de cancer de l'œsophage. Si dans la majorité des cas nous avons constaté que rétrécissement spontané survenant chez l'homme âgé était synonyme de cancer de cet organe, nous avons pu constater que, quelquefois, il s'agissait de *spasme* simple chez des malades auxquels on avait formulé le plus sombre pronostic. Des deux cas que nous avons pu suivre il a suffi d'un traitement local et général antispasmodique pour voir tous les phénomènes disparaître.

Nous avons eu l'occasion également de soigner depuis deux ans trois malades atteints de *rétrécissement cicatriciel* et *congénital* de l'œsophage. Dans les quatre cas la gastrostomie avait dû être faite et le rétrécissement était dit infranchissable. Nous allons voir que dans trois d'entre eux la guérison a été complète grâce à l'œsophagoscopie, et si dans un cas la mort est survenue comme accident assez éloigné c'est à la suite encore de manœuvres faites à l'aveugle pour replacer une sonde à demeure que nous croyions indispensable.

Chez les trois malades gastrostomisés à la suite de rétrécissements cicatriciels nous avons pu nous rendre compte que la paroi était très épaisse en un de ses points donnant à l'orifice rétréci une situation tout à fait excentrique. L'orifice était alors particulièrement difficile à trouver à l'œsophagoscopie et ce n'est qu'après l'examen méthodique et en déplissant véritablement toute la muqueuse œsophagienne, en déplaçant l'extrémité inférieure du tube que nous pûmes la trouver.

Dans .ces 3 cas de rétrécissements prétendus infranchis-

sables, ayant bien en vue dans l'œsophagoscope l'extrémité supérieure du rétrécissement, nous pûmes le franchir avec une fine bougie rigide. Nous nous rendîmes compte, d'ailleurs, que ces rétrécissements étaient très serrés et très durs et comprenaient une certaine étendue de la longueur de l'œsophage. Ils étaient franchissables à ces fines bougies, mais non dilatables.

Nous nous sommes demandé, étant donné que chez eux une des parois de l'œsophage était particulièrement épaisse, si nous ne pourrions point, sur cette paroi, faire, sans aucun danger, une section ou plusieurs sections destinées à permettre à des bougies dilatatrices de divulser les parois rétrécies et à rendre à l'œsophage son calibre normal.

Il s'agissait de faire une *œsophagotomie interne* sous le contrôle de la vue, l'œsophagoscopie ayant indiqué exactement où devait se faire la section avec le plus de sécurité et de profit pour le malade.

On peut constater aussi très souvent qu'une bride, une valvule cicatricielle contribue à obtenir l'œsophage, et sa section est tout à fait aisée.

A cet effet, nous avons fait construire, par Collin, un *œsophagotome* modifié de l'appareil de Maisonneuve et de Le Dentu (voir *fig.*). Des lames latérales triangulaires à angle saillant mousse et à tranchant limité au 1/3 antérieur courent sur un conducteur. On a à sa disposition une série de lames graduées, au moyen desquelles on pratiquera le nombre de scarifications reconnues nécessaires pour parfaire la dilatation.

L'œsophagotome très mince présente une tige conductrice à l'extrémité de laquelle se visse une bougie fine en baleine rigide.

Ayant introduit l'œsophagoscope et vidé la poche de son contenu à l'aide de la pompe aspirante, nous cherchons l'orifice du rétrécissement, nous nous assurons qu'il est franchissable à la baleine et à son conducteur.

Il est, à notre avis, nécessaire, tout comme dans l'uréthrotomie, de répéter cette manœuvre une ou deux fois pour être sûr que la bougie terminale filiforme ne se replie pas sur elle-même. Avec la plus fine lame de l'œsophagotome, nous sec-

tionnons ou plutôt éraillons la partie la plus épaisse du rétrécissement. Nous introduisons ensuite une bougie de calibre correspondant à la lame employée. Une autre section est faite à quelques millimètres de la précédente, une bougie un peu plus forte est introduite et on arrive ainsi à calibrer l'œsophage suffisamment pour que l'alimentation puisse se faire presque normalement.

La dilatation faite sous le contrôle de la vue, à l'aide de bougies introduites par l'œsophagoscope, permet dans les mois suivants de maintenir la dilatation obtenue et de gagner même un peu.

Chez notre première opérée, nous avons laissé une sonde à demeure dans l'œsophage.

Il s'agissait d'une malade qui avait été gastrostomisée six mois auparavant par notre ami le Dr Marcille, dans le service du Dr Tillaux, à la Charité. Elle présentait un rétrécissement infranchissable avec fines bougies dans le 1/3 inférieur de son œsophage. Elle avait été soumise à de nombreux essais de dilatation. La gastrostomie dut être faite un an auparavant. L'œsophagoscope nous permit de constater à la partie inférieure d'une large poche, et après l'avoir au préalable vidée de tout son contenu avec la pompe aspirante, un petit orifice excentrique rejeté vers la paroi postérieure, adossé à une sorte d'épaississement de bride de la paroi antérieure.

Trois jours après, et sous chloroforme, nous faisons deux sections dans la partie la plus épaisse de la paroi œsophagienne. Une sonde à demeure est introduite, et que nous fixons au côté gauche de la bouche et à l'oreille. Par la sonde, nous injectons aussitôt 1/4 de litre de lait, nous assurant qu'elle fonctionne bien. Celle-ci mal tolérée par la malade, est arrachée dans la soirée. La température est normale, il y a peu ou pas de douleur. Nous essayons de la replacer le lendemain ; la malade l'enlève une heure après. Deux jours après, une bougie passe facilement, nous introduisons à la suite la sonde à demeure ; nous voulons injecter du lait, mais la malade ressent à ce moment une vive douleur interne thoracique, avec angoisse et dyspnée. Cet état persiste et la température est de 39°. L'auscultation révèle l'existence d'un

pneumothorax. Les phénomènes s'accentuent et la mort survient le lendemain, c'est-à-dire cinq jours après l'intervention, à la suite, semble-t-il, des malencontreuses tentatives faites à l'aveugle pour passer la sonde à demeure et des injections pratiquées par les lumières de celle-ci.

L'autopsie faite par M. Lardy, interne du service, semble confirmer cette hypothèse : elle fait constater une déchirure de l'œsophage sur 1/2 centimètre, au niveau de la paroi amincie à l'opposé de la paroi épaisse où les sections faites par l'instrument tranchant étaient très nettes.

Instruit par l'expérience, nous nous sommes contenté chez nos deux autres opérés de dilater, à partir du sixième jour, laissant l'œsophage absolument au repos jusque-là, après l'opération.

Chez un de ces malades opéré il y a un an et demi, la bouche de gastrostomie faite trois ans auparavant s'est pour ainsi dire fermée spontanément ; l'alimentation étant redevenue régulière par l'œsophage, il était inutile de la laisser ouverte. Il a suffi de la cautériser légèrement au nitrate d'argent.

Chez le second, les résultats ont été tout aussi bons. Gastrostomisé deux ans auparavant, par le D[r] K. Eaure, dans le service du prof. Duplay, sa bouche stomacale avait dû être reouverte par le D[r] Baudet, chef de clinique, un an après : le malade par insouciance et l'alimentation étant redevenue possible par la bouche, ayant laissé sa plaie bourgeonner et se combler petit à petit. Il vint de lui-même nous réclamer l'intervention. La section fut ici très facile, ayant reconnu comme obstacle principal une sorte de bride très en saillie à la partie moyenne de l'œsophage. La guérison s'est faite, chez lui, très normalement, et depuis son opération qui date de quatorze mois, il mange absolument de tout. Sa bouche stomacale a pu être fermée par le D[r] Baudet. Il vient se faire dilater de temps à autre, tout comme un rétréci uréthral. Sa dernière visite date de quatre mois ; il avait repris son travail et son embonpoint.

Tout dernièrement, nous avons opéré sur l'œsophagoscopie, un cas très remarquable de *congénital rétrécissement* de l'œ-

sophage, chez un jeune homme de 18 ans, que nous avons présenté guéri au Congrès de chirurgie d'octobre 1906. Depuis sa naissance, ce malheureux n'avait jamais pu absorber que du lait et de l'eau. Tout autre liquide ou solide était rejeté invariablement. Le bouillon, le potage, les œufs ne passaient pas. Nombreux furent les médecins et chirurgiens consultés, les uns concluaient à du spasme, les autres à un rétrécissement organique. Il fut successivement traité par des médications anti-nerveuses, la suggestion, les essais de dilatation, d'électrolyse linéaire. Il séjourna plusieurs mois dans le service du professeur Terrier, à la Pitié, où une opération très grave, par voie externe, fut proposée aux parents et refusée par eux. De temps à autre survenaient des crises de dysphagie, et rien ne passait plus. C'est ainsi qu'il y a quatre ans survint un de ces accès particulièrement inquiétant. Le malade n'ayant rien pu absorber depuis six jours dut être gastrostomisé d'urgence à la clinique du Dr Doyen. La bouche stomacale put être du reste fermée très rapidement, l'alimentation par le lait étant redevenue possible par les voies naturelles, le lendemain de l'opération : sous l'influence du chloroforme le spasme avait cédé.

Nous faisons l'œsophagoscopie de ce malade le 24 juillet dernier, à la maison de santé, rue d'Armaillé, assisté des Drs Abrandt et Prat-Dumas, et nous devons recourir au chloroforme étant donné l'impressionabilité du sujet.

Le tube œsophagoscope est introduit très facilement, et voici ce que nous constatons : vers le 1/3 inférieur de l'œsophage, il existe une large dilatation, sorte de véritable poche renflée à sa partie moyenne, en forme d'outre contenant du mucus et du lait caillé. L'aspiration de ce liquide à l'aide de la pompe à mucus, permet de l'évaluer à environ 1/2 litre. Nous voyons alors à la partie inférieure et formant pour ainsi dire le fond de ce renflement, une sorte de valvule semi-lunaire obstruant presque complètement la lumière de l'œsophage et ne laissant qu'un tout petit pertuis rejeté vers la partie latérale droite de ce conduit. Ce petit orifice, seule voie de communication vers l'estomac, admet à peine la plus fine bougie dont nous disposons, et l'on s'explique très bien qu'il

puisse se boucher sous l'influence de la moindre irritation et du spasme des parois œsophagiennes.

En déplaçant un peu le tube vers la gauche nous constatons une sorte de cul-de-sac, creusé aux dépens de la paroi gauche de l'œsophage et dans lequel les bougies devaient invariablement se loger lors des tentatives de cathétérisme.

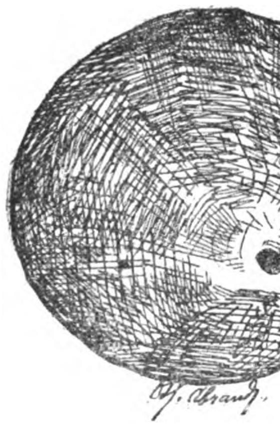


Fig. 9.

Valvule congénitale œsophagienne avec petit orifice vue de l'œsophagoscope

Nous l'opérons le 19 septembre dernier. Avec une solution d'adrénaline à $^1/_{1000}$, nous ischionons cette membrane. Puis nous munissant de l'œsophagotome décrit plus haut, nous sectionnons ou plutôt éraillons légèrement le bord de cette valvule en deux points, sur sa portion la plus large. Retirant l'instrument, nous introduisons une bougie de 4 millimètres et une autre de 6 millimètres. L'œsophagoscope nous permet de voir, flottant dans l'intérieur de l'œsophage, les deux lambeaux de la membrane ainsi sectionnée.

Les suites opératoires ont été excellentes, pas de fièvre, une légère douleur au creux épigastrique, au moment de la déglutition. Nous le laissons au lait pendant les trois premiers jours, mais il sent bien qu'il n'y a plus gène à la déglutition.

Graduellement, il s'est mis à manger des choses plus consistantes, et, actuellement, c'est-à-dire trois mois après l'opération, il mange de tout. Il a gagné trois livres depuis son opération. Sans doute, et pendant quelque temps, de même que tous les rétrécis, ce malade devra être soumis à une dilatation régulière ; hier nous avons passé une bougie de 9 millimètres de diamètre. Mais, pour le malade, cette petite intervention complémentaire n'est rien comparée aux angoisses dans lesquelles il a vécu jusque maintenant [1].

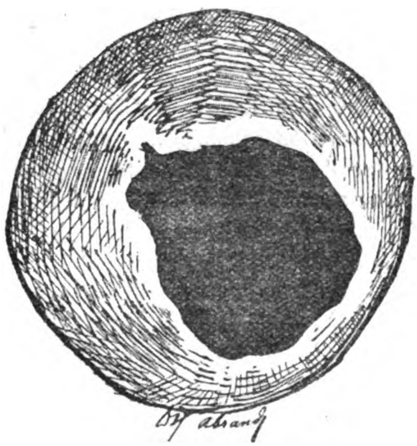


Fig. 10

Œsophagoscopie du rétrécissement deux mois après l'opération.

Nous avons eu affaire évidemment dans ce cas à une disposition particulièrement favorable pour une intervention intra-œsophagienne. Mais la plupart des rétrécissements offrent, eux aussi, des brides des valvules qui, bien en vue sous l'œsophagoscope, peuvent être sectionnées sans danger.

Nous croyons que l'on est autorisé à intervenir seulement lorsqu'avec l'œsophagoscope on constate une bride, une valvule saillante dans l'œsophage : on ne risque nullement de perforer

[1] Une œsophagoscopie faite récemment, montre seul au niveau du point d'implantation de la valvule un léger rétrécissement.

ce conduit. Point n'est besoin d'ailleurs d'entamer beaucoup la partie rétrécie pour dilater l'œsophage, il suffit de l'érailler, pour ainsi dire, les bougies dilatatrices font le reste.

Après l'opération, il ne faut point non plus laisser de sonde à demeure dans l'œsophage sectionné. On commencera une dilatation prudente le cinquième ou sixième jour après l'intervention.

La sonde est, en effet, difficile à maintenir en place dans l'œsophage; elle est très gênante pour le malade. L'échec que nous avons subi lors de notre première opération de rétrécissement, tient certainement à des manœuvres faites pour replacer cette sonde à demeure.

Il y a certains points de technique sur lesquels nous voudrions insister en terminant. Si nous faisons toujours la bronchoscopie dans la position couchée, la position assise nous paraît commode dans l'œsophagoscopie, le corps maintenu bien vertical, la tête en arrière. La cocaïne est toujours suffisante chez les adultes, et ce n'est que sous conditions spéciales, chez certains sujets, que nous employons le chloroforme. Chez les enfants, il s'impose toujours.

Pour l'œsophagoscopie, le tube est introduit avec mandrins souples en gomme, il franchit ainsi très facilement l'orifice supérieur de l'œsophage. Mais une fois pénétré on enlève tout mandrin, on le descend ensuite sous le contrôle de la vue en explorant successivement tous les points de l'œsophage. Si du spasme survient, un peu de cocaïne le fait toujours céder.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XVe RÉUNION DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE (1)

La réunion a eu lieu le 1er et le 2 juin 1906, à Vienne sous la présidence du Prof. HARTMANN de Berlin. La prochaine réunion aura lieu à Brême en 1907.

HINSBERG (rapporteur). — **Suppurations du labyrinthe.** — Après quelques remarques de statistique, l'auteur insiste sur les deux voies d'entrée du pus dans le labyrinthe : par la caisse et par un abcès extra-dural à travers la paroi postérieure du rocher. Dans la caisse quatre points : le canal horizontal, la fenêtre ovale, la fenêtre ronde et le promontoire, classés d'après la fréquence. L'inflammation gagne du labyrinthe les méninges, généralement par les trois voies préformées : 1° Déhiscence congénitale du canal postérieur ou supérieur ; 2° par le nerf acoustique ; 3° par l'aqueduc. Le diagnostic est fait d'après les symptômes connus (épreuves de l'ouïe, examen du sens statique). La mortalité de la labyrinthite suppurée est de 15 à 20 %. Le traitement exige de découvrir le plus largement possible le labyrinthe par l'oreille moyenne, pour drainer le pus et pour empêcher de nouvelles infections du labyrinthe. Ces principes ont donné à l'auteur, sur 70 cas opérés, 67 guérisons et 3 cas de mort.

HERZOG. — **Labyrinthite tuberculeuse guérie.** — Un tuberculeux de 43 ans était atteint d'otite moyenne double tuberculeuse. Surdité complète à gauche, à droite quelques notes d'audition. Opération radicale à droite, et quatre mois plus tard, surdité complète à gauche. Mais après quelque temps l'oreille droite commence à entendre de nouveau avec limite supérieure normale. Pas de troubles vestibulaires. A l'autopsie on reconnait que la suppuration de l'oreille moyenne avait fait irruption dans le labyrinthe par le promontoire. L'examen histologique n'a pas été fait. La guérison n'a donc été constatée que par les épreuves de l'ouïe.

(1) Compte rendu par Lautmann d'après *Berliner Klinische Wochensch.*, nos 27-28, 1906

PANSE. — **Sur le diagnostic des lésions du labyrinthe d'après le schéma établi par lui.**

DENKER. — **Nouvelle méthode opératoire pour les tumeurs malignes du nez.** — Opération de Rouge, excision du cornet inférieur, résection de la paroi faciale du sinus maxillaire, évidement du sinus, abrasion de ce qui persiste de la paroi latérale de la fosse nasale, ouverture de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal. Cette méthode permet d'éviter la pneumonie de déglutition et réduit l'hémorrhagie à un minimum (description détaillée *Munchn. Mèdiz. Wochensch.*, n° 20, 1906).

ZIMMERMANN. — **Recherches sur la conduction du son dans l'oreille moyenne et l'oreille interne.**

FRANKL-HOCHWART. — **Sur le vertige de Ménière.** — Il faut distinguer entre les malades atteints de vertige de Ménière, ceux qui ont l'oreille saine et les otopathes. Comme attaques faussement attribuées au vertige de Ménière, il faut mentionner l'aura de l'attaque épileptique et l'hystérie. Dans le vrai vertige de Ménière on trouve les symptômes suivants : vertige rotatoire, surdité, bourdonnements, ataxie, nystagmus, vomissements, troubles vaso-moteurs, anomalies du pouls, diarrhée. A part la surdité, tous les symptômes disparaissent entre les attaques.

L'apoplexie de Ménière se distingue facilement de la vraie apoplexie (pas de perte de conscience, pas de paralysie). A propos du vertige, Frankel (prof. de neuro-pathologie) entre dans une discussion détaillée du vertige de différentes sources.

KREIDL. — **Résumé de ses expériences sur les fonctions de l'appareil circulaire faites sur la souris japonaise et la souris blanche.**

BRUEHL. — **Démonstration de pièces anatomo-pathologiques.**

PASSOW. — **Erreurs de l'image otoscopique.** — L'image du tympan que nous obtenons en regardant par le spéculum ne correspond pas à la réalité. On peut s'en convaincre par des expériences faites sur le cadavre. De même notre distinction en cadrans n'est pas absolument exacte, surtout s'il s'agit de tympans qui ont perdu leur position normale.

SCHROETTER. — **Présentation de tubes pour l'œsophagoscopie et bronchoscopie.**

BEHM. — **La mensuration du son.** — L'auteur a construit un appareil qui permet de mesurer l'entensité du son, un autre appareil permettant de mesurer l'intensité du son passant un mur et la fraction passant par les autres parties d'un bâtiment. Enfin on peut mesurer le nombre de vibrations pour chaque son.

GUTZMANN. — **Sur la valeur de la sensation de la vibration pour la formation de son chez les sourds-muets.**

BLAU. — **Obturation expérimentale de la fenêtre ronde.** — Différentes expériences faites sur des animaux. Six mois après l'obturation de la fenêtre ronde le nerf cochléaire et le ganglion spiral se trouvent dégénérés.

BLAU. — **Le pavillon chez les aliénés et chez les criminels** — Règle générale, le pavillon se montre chez ces examinés plus grand et plus large que normalement.

GOERKE. — a) **Altérations du labyrinthe consécutives à la méningite épidémique.** — Examen histologique de dix-neuf rochers. Le labyrinthe était toujours partiellement atteint. Voie d'infection : onze fois le nerf acoustique. — *b*) **Démonstration des préparations microscopiques**, d'un empyème du sac endo-lymphatique, d'une fistule isolée du canal horizontal et transformation complète en partie fibreuse, en partie osseuse du labyrinthe, consécutive à la tuberculose de l'oreille moyenne.

HOLSHER. — **Sur le domaine de la chirurgie rhino-otologique.** — L'oto-rhinologiste moderne se voit attribuer lentement toute la chirurgie de la tête et du cou. Cette spécialisation dans la chirurgie est aujourd'hui une nécessité. Depuis quatre ans, l'auteur attaque également les opérations sur la tête, le cerveau et le cou (goitre) qui n'ont pas une origine strictement spéciale.

KIRCHNER. — **Fantôme pour les exercices opératoires du rocher** — Cet appareil permet aux spécialistes de s'exercer aux interventions sur le rocher, et permet les démonstrations pour l'enseignement clinique.

SCHÖNEMANN. — *a*) **Démonstration des préparations concernant les végétations adénoïdes.** — *b*) **Sur la conservation de l'appareil conducteur dans la radicale**, exposition d'un nouveau procédé.

HABERMANN. — **La surdité professionnelle.** — En examinant 100 cas de surdité professionnelle, Habermann a trouvé que l'ouïe diminue surtout pour les sons aigus, même dans les cas les plus avancés la voix chuchotée est perçue. Sur 5 cas examinés histologiquement, il a pu constater une atrophie de la lame spirale avec conservation du ganglion. Les résultats de cet examen sont troublés par les lésions autres que celles en cause (artério-sclérose surtout ataxie locomotrice).

BLOCK. — **Surdité et rétinite pigmentaire.** — Dans 7 cas sur 8 observés Block a pu constater un rétrécissement concentrique du champ auditif (analogue au rétrécissement du champ visuel) sans lésions de l'appareil conducteur. La consanguinité des parents a été nette dans 2 cas.

KÜMMEL. — **Bactériologie de l'otite moyenne aiguë avec remarques cliniques.** — La division des otites aiguës moyennes d'après leur exsudat (v. Troeltsch) est insoutenable aujourd'hui. Il est préférable de distinguer ; *a*) le catarrhe simple de la trompe et de la caisse avec sécrétion stérile ; *b*) l'otite mésotympanique où la lésion la plus importante concerne la caisse ; c) l'otite épitympanique où les cavités accessoires de la caisse sont principalement malades, avec localisation régulière dans le cadran postéro-supérieur, rarement dans la membrane de Schrapnell. Le pronostic dépend du type, le dernier est le plus dangereux. Quant aux microbes, le streptocoque est le plus dangereux. Le staphylocoque doré, quoique excessivement virulent a causé des otites avec bonne issue. Les opérations étaient nécessaires seulement quand l'otite était due au streptocoque. Une seule fois Kümmel a constaté une symbiose avec le pneumocoque.

HOFFMANN. — **La fièvre dans l'abcès otitique.** — Dans 3 cas d'abcès otitique et symptôme de méningite, l'auteur a pu constater une fièvre élevée. Les 3 cas ont guéri.

WANNER. — **Sur les relations de l'audition des sons et de la parole.** — L'auteur a fait des expériences avec la gamme continue des sons sur un malade adulte avec surdité complète d'un

côté et ouïe imparfaitement conservée de l'autre. Ces expériences montrent (comme Bezold l'a déjà démontré) que les sons nécessaires pour l'audition de la parole se trouvent entre g^1 et b^2 et qu'une oreille peut être considérée sourde pour la parole si elle n'entend pas le diapason.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BERLIN (1)

ECKSTEIN. — **Sur les injections et les implantations de paraffine dans les plastiques nasales et faciales.** — On connaît aujourd'hui 13 cas de cécité survenue à la suite des injections de paraffine exécutées pour corriger des difformités nasales. Tous ces cas sont dus à une mauvaise technique et sont évitables par l'emploi de la paraffine dure. Cette paraffine a l'avantage de ne pas être résorbée. La nouvelle modification apportée à la technique consiste en l'*implantation* des prothèses préalablement confectionnées dans de la paraffine à 75° de point de fusion. Elle est employée là où l'injection ne peut pas se faire à cause d'un rétrécissement cicatriciel trop prononcé ne permettant pas à la peau de se distendre trop facilement. Eckstein implante avec une pince à implantation spéciale des lamelles minces de paraffine. Ce procédé donne de bons résultats quand il est employé parallèlement avec l'injection de paraffine. De cette façon on peut obtenir dans l'ensellure du nez des profils d'une rectitude classique.

Dans la discussion Silberstein s'élève contre la communication de Eckstein en rappelant le cas présenté par lui à la séance du 21 mars et dont nous donnons la traduction intégrale.

Un employé de chemin de fer de 23 ans, demande à Silberstein de le débarrasser par l'opération à la paraffine d'un nez en lorgnette, d'origine syphilitique. Silberstein fait une injection sous-cutanée de 4 centimètres et demi de paraffine dure (point de fusion 43°). Immédiatement après l'injection faite avec toutes les précautions d'usage, Silberstein examine l'acuité visuelle des deux yeux et reconnaît que l'œil gauche était complètement amaurotique ; cinq minutes après l'injection, Wertheim examine le fond de l'œil qui paraît normal. La pupille gauche est large, sans

(1) Extrait du compte rendu paru dans la *Berlin. Klinisch. Wochensch.*, n° 20, 1906, par Lautmann.

réaction, le pouls est intermittent, le malade accuse céphalée, oppression, nausées. Vingt-quatre heures après l'injection, le bulbe est sensible à la pression, le muscle interne de l'œil est parésié. Fond de l'œil montre l'image de l'ischémie artérielle. On suppose que la paraffine a fusé le long de la paroi interne de l'orbite vers le trou optique et qu'elle exerce ici une compression de l'optique. En conséquence, Heilbron fait une incision sur le rebord orbital supérieur et avance par voie sous-périostale jusqu'au trou optique. L'opération reste sans résultat. Il s'agit probablement de thrombose de la veine frontale et de la veine ophtalmique : cas analogue à celui publié par Mintz dans *Centralblatt f. chir.*, n° 2. 1905, tandis que Leiser et Holden décrivent des embolies de l'artère centrale de la rétine après paraffinisation.

En raison de la gravité de ce cas, Silberstein condamne formellement les plastiques par paraffine sans indication absolue.

Jacques Joseph s'associe à Silberstein pour mettre en garde contre un optimisme trop grand. Les chirurgiens ont souvent occasion d'enlever la paraffine injectée préalablement par des rhinologistes.

Si on voit après plusieurs années des nez restaurés par la paraffine, on peut constater des bosselures disgracieuses dues à la paraffine, de véritables néoplasies, des paraffinômes. Dans les cas plus simples existent des téléangiectasies peu esthétiques.

David est également d'accord avec d'autres observateurs pour constater que toute paraffine, même la paraffine dure est résorbée avec le temps.

Eckstein essaye de réfuter toutes les objections. Quant au danger d'amaurose, il est réduit presque à un minimum si on emploie la paraffine fusible seulement à 50°. En plusieurs centaines de cas, il n'a jamais eu un seul accident à déplorer. Broeckaert dira la même chose dans son prochain travail. En tous cas on pourra toujours prévenir le malade de la possibilité, invraisemblable dit Eckstein, du danger et lui laisser la décision.

Si on affirme que la paraffine dure sera résorbée avec le temps et que ce temps sera d'une centaine d'années, cet inconvénient peut être déclaré indifférent au malade.

Le premier opéré de Eckstein, prévenu de l'instabilité possible du résultat a fait, un an après la correction de sa difformité, voyant son dos du nez corrigé, la remarque suivante : « s'il ne s'agit pas d'autre chose et si le résultat est le même, on pourrait se faire ce plaisir tous les ans ».

Eckstein n'a jamais vu les paraffinomes signalés par Joseph, ayant obtenu une dimension disgracieuse. Une simple excision a suffi pour s'en débarrasser.

En terminant il appelle de nouveau l'attention sur son procédé d'implantation de paraffine qui constitue un progrès réel dans la technique.

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE RHINOLOGIE ET OTOLOGIE (Boston 1905) (1)

THOMAS HUBBARD (Toledo). — **Obstruction tubaire cause de la fistule mastoïdienne post-opératoire, et de la chronicité des suppurations de l'oreille moyenne.** — La trompe d'Eustache jouerait le rôle de tube à drainage par où se déverseraient en cas de suppuration, les secrétions de l'oreille moyenne. Son obstruction insurmontable par le bougirage et les applications de nitrate d'argent, a pour résultat de faire passer l'otite à l'état chronique, la guérison s'obtenant très rapidement au contraire dès qu'on parvient à rendre sa perméabilité à la trompe. De même certaines fistules mastoïdiennes post-opératoires cèdent très rapidement après le retour de la perméabilité tubaire, dans le cas où toute lésion osseuse a été minutieusement détruite. Enfin, l'absence de perméabilité tubaire, au cours d'une otite moyenne suppurée chronique serait une indication suffisante de pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien.

Discussion.

EDWARD B. DERICH (de New-York). — Sans nier la possibilité d'un rôle de l'obstruction tubaire dans la persistance de fistules mastoïdiennes, pense que le fait doit être extrêmement rare. Il n'a personnellement jamais vu de cas semblable. Presque invariablement la fistule est liée à une parcelle osseuse nécrosée oubliée au moment de l'opération ; et dans ces conditions il est sans utilité de compter sur le drainage par la trompe.

S.-E. SOLLY M. D. (Colorado). — **Carcinome du larynx.** — Il s'agit d'une femme de 43 ans présentant un carcinome intrinsèque

(1) Compte rendu par H. CABOCHE, d'après *The Laryngoscope*.

du larynx comprenant le tiers antérieur des deux cordes vocales inférieures, repoussant en haut les deux fausses cordes et semblant avoir pris naissance dans la commissure antérieure du larynx. Le Dr Keen de Philadelphie, pratiqua la laryngectomie totale en un seul temps, suivant la technique qu'il a décrite dans les *Annales of surgery* en 1898.

Le lendemain la température était de 38°5 ; le quatrième jour elle tombait à la normale et oscilia, à partir de ce moment entre 37 et 38°. Lavements alimentaires pendant six jours. On la fit asseoir sur son lit, dès le deuxième jour ; et on lui donna des aliments solides le cinquième jour après l'intervention. Opérée le 11 septembre 1904, la plaie était complètement cicatrisée le 25 octobre. — On avait enlevé, au cours de l'intervention : tout le larynx sauf l'épiglotte, qui était saine, des portions du lobe thyroïdien droit et de l'isthme du corps thyroïde ; une glande parathyroïde, un ganglion lymphatique normal et des portions des deux muscles sterno-thyroïdiens. — L'examen microscopique des parties enlevées, montra qu'il s'agissait de carcinome du larynx avec envahissement de la partie droite de l'isthme thyroïdien, le lobe et les muscles étant sains.

Tout sembla d'abord aller à souhait et trois mois après l'intervention, la malade pouvait distinctement chuchoter quelques mots.

Vers le milieu d'octobre, apparition d'une tuméfaction au niveau du lobe thyroïdien droit. La malade se refusant à une nouvelle intervention, on fait une application des rayons X, trois fois par semaine. La tuméfaction augmente et la dyspnée commença à apparaître. Le 6 novembre, on lui fait une dernière application des rayons X, non sans quelque récrimination de sa part, car elle attribuait à ce mode thérapeutique l'apparition de la dyspnée. Après être remontée sans difficulté à sa chambre, elle est prise rapidement de suffocation. Un médecin, appelé, ne peut introduire dans la trachée le tube qu'elle portait habituellement, mais put y faire passer une sonde sans rencontrer aucun obstacle. Elle rejette un petit caillot sanguin au milieu de sécrétion, et meurt.

A l'examen nécropsique on trouva les bords de l'ouverture trachéale (bords droit, gauche, et inférieur) recouverts d'une masse dure d'un volume d'un œuf de pigeon. Deux glandes du volume d'une noix sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Pas de lésions de l'intérieur de la trachée ni de l'œsophage, pas de sténose trachéale ; cœur et vaisseaux normaux, sauf une plaque d'athérome sur la face inférieure de l'aorte. Les deux pou-

mons sont partout crépitants, et emplis d'une grande quantité de liquide noir spumeux. Le rein gauche est petit, beaucoup plus petit que le droit et se décortique difficilement.

L'auteur pour expliquer la mort de sa malade, pense à des phénomènes d'intoxication liés à la suppression des quatre glandes parathyroïdes. Une d'elle avait été enlevée opératoirement et les trois autres ont pu être détruites par les progrès envahissants du carcinome. Les rayons X ont peut-être une part de responsabilité dans l'apparition des phénomènes, étant donnée leur action destructive bien connue sur les glandes.

Discussion.

Chevalier Jackson. — Ne trouve pas grande utilité à la canule de Trendelemburg pour l'anesthésie chloroformique.

Il ne fait pas non plus la trachéotomie préliminaire, jugeant inutile de faire respirer pendant huit jours un malade au moyen d'une canule, et préférable d'aboucher la trachée à la peau comme premier temps de la laryngectomie.

Il juge, en effet, très important de faire asseoir le malade dans son lit, dès le deuxième jour. La position couchée, comme la morphine et l'anesthésie profonde sont des causes de pneumonie.

Il croit que l'alimentation rectale est un leurre. Bien préférable, et inoffensive, est la sonde œsophagienne.

Bien qu'ingénieuse, la théorie parathyroïdienne de la suffocation survenue dans le cas du Dr Solly, ne lui paraît pas très convaincante. Il se demande s'il n'y a pas eu quelque emprisonnement des deux pneumo-gastriques, cause du phénomène. Il se rappelle, à ce sujet, une de ses laryngectomies totales, au cours de laquelle il enleva une partie du pneumogastrique emprisonnée par la tumeur, ainsi qu'une partie de la jugulaire et de la carotide primitive. Le patient, ne présenta pas de trouble apparent pendant quatre mois; au bout de ce temps, récidive ganglionnaire cervicale du côté opposé; l'adénite augmente progressivement, comprime le pneumogastrique. A partir de ce moment le malade ne peut plus expectorer, se noie littéralement dans ses propres sécrétions et meurt.

H. W. Lœb (de Saint-Louis). — Sur cinq laryngectomies totales, en a perdu trois de récidives survenues six mois après environ. Une quatrième, quinze mois après l'intervention, ne présentait aucune trace de récidive. Dans un cinquième cas, le malade présenta vers le septième jour une soudaine hémorrha-

gie par la bouche et mourut. A l'autopsie on reconnait que l'accident avait été causé par une embolie pulmonaire.

JOHN F. WOODWARD (Norfolk). — A observé, comme le Dr Jackson, un cas de compression du pneumogastrique au cours d'un carcinome du larynx, ayant produit la suffocation et la mort par impossibilité d'expulser les mucosités trachéo-bronchiques.

WENDELL C. PHILIPS (de New York). — La trachéotomie préliminaire ne doit pas être rejetée, tous les opérateurs ayant l'expérience de la laryngectomie, sont d'avis que leurs résultats sont meilleurs en faisant une trachéotomie préliminaire, et que la pneumonie est aussi plus sûrement évitée.

E. FLETCHER INGALS (Chicago). — Il ne faut pas perdre de vue que la laryngectomie est indiquée seulement dans les cancers intrinsèques. Au cours de deux laryngectomies faites par lui, il y a deux ou trois ans, il pratiqua dans un cas la trachéotomie préliminaire. Il n'est pas convaincu de l'utilité de cette manière de faire. A noter que, dans un cas, le malade pouvait parler distinctement, et se faire entendre à quinze ou vingt pieds.

SOLLY. — Le cancer en question était bien un cancer intrinsèque ; et l'autopsie n'avait pas montré de compression du pneumogastrique, pas plus que de thrombus ou d'embolie pulmonaire.

CLÉMENT F. THEISEN (Albany). — **Cas rare de syphilis laryngée ayant nécessité la trachéotomie.** — A propos d'un cas de sténose laryngée syphilitique observé par lui, l'auteur émet les propositions suivantes :

1° L'intubation est particulièrement inutile dans les cas où la sténose n'est pas extrême, et est due à un épaississement et une infiltration des cordes et bandes ventriculaires.

Dans ce cas on peut faire une intubation soigneuse sans trachéotomie préliminaire.

2° Quand la sténose est extrême et quand il y a des adhérences membraneuses entre les cordes, ne laissant entre elles qu'un étroit espace, la trachéotomie doit précéder le tubage.

3° La trachéotomie suivie de la laryngofissure constitue le procédé de traitement idéal, quand il y a une solide adhérence des cordes vocales par du tissu fibreux.

ARNOLD KNAPP (New-York). — **Un cas de thrombose infectieuse du sinus latéral au cours d'une mastoïdite aiguë. Mort par méningite. Autopsie.** — Il s'agit d'un homme de 24 ans qui, trois

semaines après une otite moyenne aiguë ayant nécessité la paracentèse fut pris de douleurs mastoïdiennes avec violente élévation de température et frisson qui firent poser le diagnostic de thrombose infectieuse du sinus latéral.

A l'opération on trouve la mastoïde remplie d'une sérosité noirâtre et un abcès périsinusien de même nature. Le sinus est compressible, mou, on ne juge pas à propos d'en faire l'ouverture. Après l'intervention chute de la température ; mais celle-ci reparaît huit jours après avec des frissons. Nouvelle intervention : ouverture du sinus latéral, ablation d'un caillot décoloré seulement vers le centre. On curette en bas le sinus dans la direction du bulbe de la jugulaire sans amener l'apparition d'un flux sanguin ; en haut au contraire en dirigeant la curette vers le torcular on produit une évacuation sanguine.

Malgré cette intervention la température ne tombe pas, les frissons continuent. Bien qu'il n'y ait pas eu de symptômes au niveau de la nuque, ni dans la région sterno-mastoïdienne supérieure, on pense à une thrombose du bulbe de la jugulaire ; opinion qui semblait fortifiée justement par l'absence d'hémorrhagie lors du curettage du bout inférieur du sinus latéral. — Nouvelle intervention ; ligature de la jugulaire, section entre deux ligatures et dissection du bout supérieur. On fait un lavage par le bout supérieur sans pouvoir chasser un caillot du bulbe de la jugulaire. La température et les frissons ne cessent pas. La lésion n'était donc pas au bulbe jugulaire. — Dans une nouvelle intervention on enlève un nouveau caillot du bout supérieur du sinus ; mais les accidents continuent et le malade meurt avec des symptômes de méningite.

L'auteur, en terminant, fait remarquer que l'apparition du sang dans le sinus après curettage du caillot ne prouve nullement que le sinus soit désinfecté ; il peut s'agir, en effet, d'une thrombose pariétale, ou d'une lésion localisée d'une paroi sinusienne, c'est ce que l'autopsie démontra dans ce cas (il y avait eu en outre de la méningite diffuse). L'auteur estime qu'il serait sage, dans les cas analogues à celui-là, si le siège de la lésion sinusienne est difficile à trouver, de découvrir le sinus latéral et le sinus sigmoïde jusqu'au torcular ; d'arrêter la circulation au niveau du torcular par une forte compression, et d'exciser entièrement la paroi externe du sinus latéral. De cette façon, toute lésion de la paroi cérébrale du sinus pourrait être décelée, de nouveaux caillots infectieux ne pourraient se former, et, par surcroit, les dangers de complications méningées seraient diminués.

Mac Cuen Smith (Philadelphie). — **Symptômes, diagnostic et traitement de la méningite avec relation d'un cas.** — L'auteur fait une revue de la symptomatologie de la méningite otogène sans rien ajouter aux notions classiques. En terminant, il signale l'utilité de la ponction lombaire comme moyen de diagnostic; mais aucune mention n'est faite de la valeur de l'examen cytologique du liquide céphalorachidien : seule est signalée la valeur diagnostique de l'augmentation notable de sa teneur en albumine. L'auteur rapporte une observation personnelle ; observation purement clinique sans relation d'autopsie.

Frédérick L. Jack M.-D. (Boston). — **Symptomatologie, diagnostic et traitement de l'encéphalite et de l'abcès du cerveau.** — L'auteur rapporte un cas d'abcès temporo-cervical d'origine otique, opéré par lui avec succès.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, atteint d'otorrhée depuis trois ans. Reçu dans le service de L. Jack le 31 juillet 1901, parce que, depuis six semaines, il présente des maux de tête qui l'empêchent de travailler. Parois du conduit légèrement gonflées ; bombement du segment postéro-supérieur de la membrane tympanique ; légère sensibilité de la mastoïde à la pression. Paracentèse. — La céphalée augmente et devient extrême en peu de jours, cependant que la sensibilité mastoïdienne disparaît. La température est de 38°3 le 1er août et reste à 37°2 pendant plusieurs jours, le pouls, variant entre 60 et 70 pulsations. Le 7 août, la température remonte rapidement 38°8 pour 90 pulsations.

On fait une première intervention : évidement pétro-mastoïdien. Pus dans un antre profond recouvert d'une corticale scléreuse. Des granulations sont trouvées sur la paroi externe du sinus latéral. Celui-ci cependant est animé de battements. On résèque le tegmen tympani et on met à nu la dure-mère en empiétant sur la fosse temporale. La dure-mère présente sa couleur normale et ne bombe pas.

En raison de cet aspect de la dure-mère, on arrête là l'intervention.

Il se produit une légère détente pendant quelques jours, mais le 16 août on trouve le malade presque comateux, du moins dans une torpeur profonde. — Nouvelle intervention ; la dure-mère (qui ne bombe pas plus que lors de la première intervention) est incisée au-dessus du tegmen ; une aiguille de Pravaz est introduite par la brèche du tegmen dans le cerveau à une profondeur

de un pouce — à la troisième ponction on trouve le pus ; élargissement de la cavité cérébrale avec une pince à forcipressure, on retire 120 grammes de pus mêlé à de la substance cérébrale mortifiée. On draine avec une mèche de gaze iodoformée.

Amélioration dès le lendemain qui va en augmentant. Pourtant le malade présenta de l'aphasie motrice. — Le 23, il se produit un peu de rétention dans la cavité cérébrale et on remplace la mèche par un drain.

Le 12 septembre, guérison complète. A propos de cette observation, J. fait les remarques suivantes.

1° Malgré l'absence de bombement de la dure mère un abcès intra-cérébral peut exister ; et en présence de céphalée persistante, il ne faut pas attendre plus de 24 à 48 heures après la première intervention pour ponctionner le cerveau.

2° La voie sus-antrale paraît la meilleure pour l'accès des abcès de l'étage moyen du crâne.

3° Dans ce cas (et dans plusieurs autres cas personnels) la ponction lombaire a extrait un liquide louche : ce symptôme n'est donc aucunement pathognomonique de la méningite Bergmann a signalé plusieurs cas analogues.

4° Le drainage par les tubes est préférable au drainage par les mèches de gaze.

James F. Mc Kernon (New-York). — **Symptômes diagnostic et traitement de la thrombose du sinus sigmoïde.** — L'auteur considère, au point de vue symptomatologique, trois catégories de faits : 1° Cas typiques de thrombose survenant au cours d'une mastoïdite ; 2° Les cas qu'il appelle atypiques, de thrombose survenant, dans les jours qui suivent une trépanation mastoïdienne ; 3° Les cas, enfin, qui se voient, sans lésions mastoïdiennes au cours d'une otite aiguë.

Les cas typiques se caractérisent par les symptômes classiquement connus (frissons, haute et brusque élévation de température avec brusque chute, modification du pouls, avec peu de troubles cérébraux, etc.). Jamais l'auteur n'a pu mettre en évidence le signe de Gerhardt ; très rarement aussi il a pu reconnaître la thrombose de la jugulaire au cou.

Dans les cas atypiques, les modifications portent surtout sur la température qui est très élevée, mais ne présente que de faibles oscillations (un degré ou même moins).

Les cas de thrombose de la troisième catégorie se voient chez des enfants, et au cours des otites aiguës, sans qu'il y ait de

complication mastoïdienne. Dans ces cas il y a à la fois la thrombose du sinus et du bulbe de la jugulaire, soit que ce dernier soit infecté à la faveur d'une déhiscence du plancher de la caisse, soit par voie lymphatique, ou par absorption directe à travers la paroi osseuse. Les seuls symptômes sont des élévations brusques de température suivie de rapide descente ; sans frissons. Fait particulier, les enfants dans l'intervalle des élévations de température, se trouvent extrêmement bien, demandent à manger et à reprendre leurs jeux.

Dans tous les cas on devra faire la ponction lombaire ; la présence de polynucléose est un signe certain d'infection sanguine.

Pour les malades des deux premières classes, on fera d'abord la ligature de la jugulaire, puis on resèquera un segment veineux entre la région voisine de la clavicule et la bulbe. Dans un deuxième temps on ouvrira le sinus et on le curetera jusqu'à apparition d'un flot sanguin, on ouvrira le sinus jusqu'au torcular si besoin est. En bas, même après ligature de la jugulaire et de ses affluents, un flot de sang doit aussi apparaître, sinon c'est que le sinus pétreux inférieur est thrombosé.

Pour les malades de la troisième classe, l'auteur ne fait pas la ligature de la jugulaire de façon à faire supporter à l'enfant le minimum de traumatisme.

Thon. J. Harris. — **Pathologie des complications intra-craniennes au cours des suppurations de l'oreille moyenne.** — L'auteur passe en revue les cas de complications intra-craniennes des otites survenues dans le service des maladies des oreilles de *Manhatan Eye, Ear and throat hospital*, entre les années 1895 et 1905 ; et émet les remarques que lui suggère l'examen de ces différents cas.

Il a pu ainsi collecter :

23 observations de thrombose du sinus.

7 observations d'abcès du cerveau

et 30 observations de méningite.

Sur les 23 cas de thrombose des sinus, 14 se sont terminés par la mort et 9 par la guérison. La ligature de la jugulaire ne semble pas, dans ces cas, avoir donné de meilleurs résultats que le curettage du sinus sans ligature préalable.

Dans 7 cas, la thrombose fut consécutive à une otite aiguë, et, dans 8 cas à une otite chronique.

3 cas seulement s'accompagnèrent de névrite optique et dans

8 cas seulement existèrent des frissons ; une fois, enfin, existait une forte gêne de la déglutition.

Les 7 cas d'abcès du cerveau se terminèrent par la mort. Six fois, il s'agissait d'abcès du lobe temporo-sphénoïdal, une fois seulement d'abcès du cervelet. Trois fois il s'agissait d'otite aiguë et 4 fois d'otite chronique. Dans tous ces cas il y eut du ralentissement du pouls. L'auteur cite en outre plusieurs observations résumées où l'on nota des convulsions épileptiformes, et la cessation de la respiration au moment de l'ouverture de l'abcès.

Sur les 30 cas de méningite, on note un seul cas de guérison (il s'agissait vraisemblablement de méningite séreuse).

La ponction lombaire n'a pas été pratiquée un nombre de fois suffisant pour qu'on puisse tirer des conclusions sur sa valeur diagnostique.

Dans un cas, il se produisit de la névrite optique.

L'auteur a observé 10 cas de méningite consécutive à la trépanation mastoïdienne et surtout à l'évidement pétro-mastoïdien.

Lorsque au cours d'une trépanation la dure-mère a été mise à nu, il est sage de ne pas refermer la plaie cutanée ; faute de cette précaution, la méningite se trouverait plus facilement réalisable.

Discussion.

EDWARD BRADFORD DENCH commence par apporter sa statistique personnelle qui comprend 82 cas de complications intracraniennes des otites se décomposant en : 13 abcès du cerveau (9 temporo-sphénoïdaux, 3 cérébelleux), 38 thromboses du sinus (2 thromboses primitives du bulbe) ; 28 abcès extra-duraux et 4 méningites opérées (en ce qui concerne les méningites, l'auteur déclare sa statistique incomplète : il a rapporté seulement les cas de méningite opérés).

La fréquence relative de ces diverses complications a été la suivante : abcès extra-duraux, 34 $^0/_0$; abcès cérébral, 14,6 $^0/_0$; thrombose sinusienne, 46,3 $^0/_0$; méningite généralisée, 4,8 $^0/_0$.

La mortalité a été de 65 $^0/_0$ pour les abcès cérébraux, 15,7 $^0/_0$ pour la thrombose du sinus (guérison, 84 $^0/_0$). On ne fit aucune intervention sur la jugulaire dans 25 cas et la mortalité fut de 12 $^0/_0$; la guérison de 88 $^0/_0$; dans 13 cas, la jugulaire fut excisée et la mortalité fut 23 $^0/_0$, la guérison, 17 $^0/_0$.

En examinant l'histoire des malades, on voit que la grande mortalité au cas d'intervention sur la jugulaire tient simplement

à ce fait que ces cas étaient beaucoup plus graves que ceux où l'excision ne fut pas faite.

L'indication d'une intervention sur la jugulaire dépendra de la condition présente dans chaque cas particulier.

L'indication la plus générale est l'extension de la thrombose au bulbe et à la partie supérieure de la jugulaire ; on interviendra donc toutes les fois que l'introduction de la curette en bas dans la direction du bulbe ne provoquera pas l'apparition d'un flot sanguin. Sans doute, ce dernier peut provenir du sinus pétreux inférieur ; mais, en fait, l'auteur a eu rarement à se plaindre de n'être pas intervenu sur la jugulaire dans les cas où s'était produit une hémorrhagie après curettage du bout inférieur du sinus.

Il est inutile de commencer par lier la jugulaire avant de faire le curettage du sinus : le seul danger de cette manœuvre est l'introduction de l'air dans la jugulaire au moment de l'incision du sinus ; mais cet accident peut être évité plus simplement en comprimant le vaisseau au niveau du cou.

En ce qui concerne la fréquence relative de l'affection, l'auteur l'a rencontrée avec une presque égale fréquence au cours des otites chroniques et des otites aiguës.

L'examen du sang ne lui a jamais révélé une forte leucocytose que dans les cas où existait quelque localisation infectieuse secondaire.

L'abcès du cerveau a été vu par l'auteur avec une égale fréquence chez les malades porteurs de suppuration chronique de l'oreille, ou ayant présenté antérieurement une histoire d'otite aiguë, qui, apparemment, avait entièrement guéri. Le fait est intéressant. Dans deux cas que rapporte l'orateur ; le malade était atteint d'otite aiguë (constatable objectivement) depuis une semaine, mais avait eu antérieurement une otite aiguë du même côté (dix ans auparavant).

L'hyperleucocytose a une très grande valeur diagnostique, si aucune lésion suppurative ne peut être décelée dans une autre région du corps.

Au point de vue symptomatique, l'auteur tient le plus grand compte du ralentissement du pouls, de l'hébétement et de l'amaigrissement progressif. La température peut être élevée, ou, au contraire, au-dessous de la normale. C'est dans les cas aigus que la température s'est trouvée élevée.

Quoique le ralentissement du pouls soit un signe de grande valeur, il ne faut pas oublier que quelquefois le ralentissement ne se produit qu'à une époque tardive de l'évolution de l'abcès, et,

qu'avec un abcès aigu et de petit volume, il peut y avoir accélération du pouls.

La voie d'accès opératoire doit varier avec le cas : s'il y a des symptômes de localisation, intervenir à l'endroit précis de la localisation. S'il y a des symptômes peu définis, combinaisons de troubles moteurs et oculaires sans localisation, il est probable que l'abcès siège vers la capsule interne, et il doit être abordé par une brèche osseuse pratiquée au-dessus et en arrière du méat auditif externe. L'incision de l'abcès par le toit de la caisse doit être réservée au cas, où, en exposant la dure-mère en cette région, on a trouve décolorée, ou fistuleuse.

L'auteur draine avec une mèche de gaze iodoformée ; mais il espère diminuer les chances d'infection du tissu cérébral incisé, en entourant cette mèche d'un tissu imperméable destiné à canaliser le pus, c'est ce qu'il appelle le « drain cigarette ».

Les 4 cas de méningites signalés par l'auteur ont été consécutifs deux fois à une otite aiguë et deux fois à une otite chronique.

Le traitement de la méningite est très décourageant. Dans un cas, l'auteur fit un simple drainage subdural et guérit son malade, dans trois autres, il fit le drainage ventriculaire et ses malades moururent (dans ces trois cas, les ventricules étaient atteints par la lésion).

Contrairement au Dr Harris, l'auteur ne croit pas à l'influence de la suture cutanée sur l'éclosion des accidents cérébraux ; dans ces cas, l'étude du malade donne plutôt à penser qu'il existait déjà une complication cérébrale que l'intervention n'a fait que hâter dans sa marche.

Wendell C. Phillips (New-York). — Est surpris du peu de cas que l'on semble faire de la ponction lombaire.

Il a vu plusieurs hernies cérébrales consécutives à des interventions intra-crâniennes. Elles ne sont pas composées de substance cérébrale, mais de tissu inflammatoire, et, de ce fait, leur ablation ne présente aucun inconvénient.

Il pense que c'est au cours des otites suppurées chroniques que les complications cérébrales sont le plus fréquentes.

Charles W. Richardson (Washington), insiste sur le peu de résultat du traitement opératoire de la méningite.

Il condamne le traitement de la plaie mastoïdienne par la formation d'un caillot sanguin, comme un procédé dangereux, pouvant propager l'infection à la cavité crânienne.

BIBLIOGRAPHIE

Dyslalies et anomalies dentaires, par Laroderie (*Th.*, Bordeaux, 1906).

Le mécanisme de l'articulation normale de certaines consonnes, en particulier les sifflantes et les fricatives, montre quelle est la part des dents dans leur production. Comme d'un autre côté les troubles de la parole peuvent devenir une source d'ennuis pour la personne qui en sont atteintes, il était intéressant d'étudier les relations qui existe entre les diverses dyslalies et les anomalies dentaires, et de voir si la correction de celles-ci pouvait amener la régression et la disparition de celles-là. Tel est le sujet de l'étude très intéressante et très documentée de l'auteur : Les conclusions suivantes s'en dégagent :

1° Il est réel que des anomalies dentaires ou palatines peuvent produire des troubles graves de la parole.

2° Les anomalies des molaires inférieures ou supérieures, des prémolaires, canines et incisives inférieures n'occasionnent qu'exceptionnellement ces troubles.

3° Bien plus important est le rôle des dents supérieures, canines et incisives : Quand les anomalies de ces dents ne créent pas de toutes pièces la blésité, elles l'entretiennent et la prolongent. Les dyslalies les plus fréquentes dans ce cas sont : le chuntement, le sigmatisme latéral, nasal ou frontal.

4° Chez les enfants, les dyslalies d'origine dentaire ont une tendance à persister malgré la disparition des anomalies causales, — persistance occasionnée le plus souvent par une éducation insuffisante de l'ouïe ; — dans ce cas le traitement orthophonique débarrasse presque toujours le malade de son défaut.

5° Chez l'adulte au contraire la correction de l'anomalie dentaire guérit le plus souvent la dyslalie qu'elle occasionnait.

M. PHILIP.

Le malmenage vocal, par Monsagué (*Th.*, Bordeaux, 1906).

L'appareil de la phonation, en l'espèce, l'instrument vocal peut être représenté comme composé d'une soufflerie, les poumons, d'une anche, le larynx formé de deux membranes élastiques vibrantes, un portevent, le pharynx, et des résonnateurs, les cavités buccale,

nasale et sinusiennes. La soufflerie peut se comporter de trois façons et nous aurons les trois types de respiration diaphragmatique, costal et claviculaire ou costo-supérieur. La force motrice, plus ou moins grande que le chanteur est obligé de dépenser, réside surtout dans l'adoption qu'il fait d'un type respiratoire. Il est nécessaire qu'il y ait équilibre entre l'énergie de la poussée expiratoire et la résistance des cordes et le chanteur devra toujours être renseigné sur la stabilité de cet équilibre qu'il ne devra jamais détruire en demandant à ses moyens plus qu'ils ne peuvent donner, cela constitue le *surmenage*.

Mais il est une autre façon de compromettre sa voie, c'est de la diriger d'une façon qui n'est pas conforme à la physiologie de l'organe, c'est en un mot le *malmenage*: Le son peut naître suivant plusieurs mécanismes. Les principaux sont l'attaque sur le souffle et l'attaque par le coup de la glotte. Dans le premier le son est attaqué en dessous et manque souvent de netteté et de justesse. Le second est meilleur et ne devient condamnable que s'il est poussé à l'excès et si l'attaque est brusque. Mais les sons aigus ne sont pas émis suivant le même mécanisme que les sons graves ; il est donc nécssaire que le chanteur exerce sa voix et adopte tel mécanisme ou tel autre suivant la hauteur du son à produire, en un mot le mécanisme sera approprié au régistre dans lequel se trouve la note à émettre. La difficulté résidera dans les notes de passage ou bien dans les notes qui contiendront un antagonisme entre la phonation et la prononciation ; c'est pour cela que les chanteurs *sombrent* de plus en plus les voyelles à mesure qu'ils émettent des sons plus élevés.

Ces différentes considérations sur le son amènent ensuite l'auteur à envisager les causes du malmenage vocal. On peut les ranger en trois groupes : *a*) Les causes physiques résultent 1° d'un défaut de concordance entre les différentes parties de l'appareil vocal ; 2° de malformations de la cage thoracique, du larynx, ou des autres parties de l'appareil phonateur. *b*) Les causes pathologiques (maladies aiguës ou spécifiques du larynx et de l'appareil respiratoire ; menstrues, médicaments sulfureux ou iodiques ; excès, inflammations ou hypertrophies du pharynx, paralysies du voile, obstruction nasale, etc.). *c*) Les causes fonctionnelles : 1° Excès de travail ; 2° tendance à vouloir sans cesse chanter fort en poussant avec exagération le souffle expiratoire ; 3° inobservance des changements de régistres surtout à leurs notes de transitions (passage de la voix) et habitude d'en reculer trop haut les limites ; 4° déclassement, c'est-à-dire chant en désaccord avec le médium

normal de la voix ; 5° emplois insuffisamment caractérisés ; 6° classement prématuré et erroné des voix ; 7° méconnaissance du rôle des résonnateurs, de tout le parti que l'on en peut et qu'il faut en tirer pour embellir le timbre et épargner l'organe de la voix.

Toutes ces causes peuvent produire la détérioration plus ou moins complète, et plus ou moins rapide de la voix. C'est d'abord une phrase pré-congestive, puis une congestion active du larynx et enfin des lésions anatomiques bien constituées. Même des symptômes morbides peuvent apparaître du côté des poumons : l'emphysème pulmonaire professionnel d'effort ; il y a baisse respiratoire.

Tout chanteur évitera donc le malmenage vocal en suivant une hygiène appropriée à la nature de sa voix et surtout en évitant absolument les vices de méthode déjà énoncés. « C'est en sachant réaliser un équilibre plus ou moins parfait entre l'ampleur de sa capacité pulmonaire et la résistance de son larynx, que l'artiste lyrique obtiendra le plus de puissance dans sa voix ; c'est en sachant tirer le meilleur parti de ses résonnances qu'il gagnera le timbre le plus homogène, le plus riche et le plus vibrant et qu'il ménagera en même temps ses cordes. » M. PHILIP.

La douleur dans les mastoïdites, par DOMINGUEZ (*Thèse*, Bordeaux, 1905).

Quoique l'allure clinique des mastoïdites soit essentiellement protéiforme, ainsi que le dit Politzer, il est très important de rechercher l'élément douloureux pour confirmer ce diagnostic. La douleur manque rarement : Elle traduit la présence de pus sous pression ou de fongosités dans les cellules de l'apophyse. On doit la différencier des différentes algies mastoïdiennes, hystériques (diffuses et continues), névralgiques (rares mais coïncidant en général avec la névralgie des autres branches du plexus cervical), syphilitique, et surtout de la furonculose du conduit auditif externe, accompagnée de lymphangite et de gonflement rétro-auriculaire.

Les douleurs dans la mastoïdite peuvent se présenter sous deux formes : *a*) Douleurs spontanées. *b*) Douleurs provoquées. Ce sont surtout ces dernières qui ont une régularité et une importance séméiologique considérable.

Elles doivent être recherchées d'une façon méthodique en explorant les points douloureux mastoïdiens :

a) Point douloureux de l'antre ;
b) Point douloureux du sommet ou apexien ;
c) Point douloureux du sinus.

Les indications opératoires se posent alors nettement d'après les caractères des phénomènes douloureux :

1° Dans les otorrhées aiguës la douleur persistante est un signe important qui dénote une lésion mastoïdienne en voie d'évolution et qui pose nettement l'indication opératoire : l'évidement mastoïdien.

2° Dans une otorrhée chronique, l'apparition de phénomènes douloureux intermittents ou passagers et une indication importante de la cure radicale.

3° Dans les mastoïdites latentes, alors que les signes extérieurs ne permettent pas d'établir la probabilité d'une lésion mastoïdienne, les douleurs provoquées par une exploration minutieuse des points classiques (antre, pointe, sinus) sont une indication capitale d'intervenir.

M. PHILIP.

Sur les polypes naso-pharyngiens ablation par les voies naturelles sans opérations préliminaires, par M. Lemée (*Th.*, Bordeaux, 1906).

Les méthodes simples d'extirpation des polypes naso-pharyngiens sans opérations préliminaires, figurent au second plan dans les traités classiques qui leur opposent l'exérèse large au cours d'opérations solennelles sur le nez, le maxillaire ou la voûte palatine. Telle n'est plus à l'heure actuelle l'opinion des auteurs modernes qui remettent justement en honneur les méthodes simples si longuement discréditées.

D'une façon générale ces larges interventions préliminaires ont souvent une gravité inutile. Elles mutilent la face sans empêcher dans certains cas la récidive. Leur utilité est parfois discutable puisque la rétrocession spontanée des fibromes chez l'adulte est possible. Enfin au point de vue de l'esthétique, le résultat opératoire est défectueux, puisqu'il laisse sa signature disgracieuse sur le masque de l'opéré.

Ce qui avait jusqu'à présent jeté le discrédit sur les méthodes simples d'extraction par les voies naturelles, c'était :

1° L'étroitesse des voies et la difficulté d'accès ;

2° L'impossibilité mécanique d'atteindre le pédicule du néoplasme ;

3° Le danger d'hémorrhagie et la difficulté de l'hémostase.

4° L'impossibilité d'atteindre les prolongements extra-pharyngés.

Actuellement, avec l'instrumentation de la rhinologie moderne, et la technique opératoire bien précisée par Escat, ces difficultés sont surmontées. Dans les cas bénins, de polypes peu volumineux, l'extraction peut se faire sous la seule anesthésie cocaïnique, et le polype est enlevé soit à l'anse galvanique, soit à la pince coupante. Le plus souvent on doit avoir recours à l'anesthésie générale et dans ce cas la position de Rose ou le plan incliné sont indispensable pour maintenir la liberté des voies aériennes. La trachéotomie préliminaire devient donc inutile. L'anesthésie est poussée à fond. Il est préférable de commencer par sectionner les prolongements qui viennent s'attacher seuls au corps du polype avant de couper le pédicule de ce dernier. D'une part, ces sections sont peu hémorrhagiques, et d'autre part, le polype débarrassé de ses amarres peut rapidement être détaché et enlevé par rugination. Ce dernier temps est accompagné d'une hémorrhagie toujours considérable. Un tamponnement soigneusement fait est indispensable pour en avoir raison. M. PHILIP.

ANALYSES

I. — *OREILLES*

Vingt cas d'otite suppurée chronique traités par la radiation, par J. Dionisio (*Bullet. d. malatt. dell' orecchio,* etc., janvier 1906, n° 1, p. 1).

Dionisio qui a déjà étudié l'influence de la radiation lumineuse et obscure sur la muqueuse natale des ozéneux, a appliqué la même médication à une série d'otites suppurées chroniques vainement traitées jusque-là par les moyens ordinaires (lavages, désinfectants, trépanation mastoïdienne).

Sur vingt malades soumis à la radiothérapie, il obtint seize guérisons datant actuellement d'une période de temps qui varie de trois ans à trois mois. Dans deux cas il constata une amélioration très notable de l'audition. M. BOULAY.

Traitement de l'otite moyenne aiguë, par Scheibe (*Berliner klinisch. Wochensh.*, n° 17, 1906).

A la clinique de Bezold, on commence le traitement de l'otite moyenne aiguë par une douche d'air et si la mastoïde est sensible, on ajoute une vessie de glace. Le séjour au lit est ordonné seulement en cas de fièvre. En même temps le traitement du nasopharynx. Si le tympan est bombé, si l'ouïe diminue et si la sensibilité de l'apophyse augmente, on fait la paracentèse, qu'on fait suivre immédiatement par une douche d'air. S'il y a écoulement, on fait des lavages du conduit, assèche ensuite le conduit, insuffle l'acide borique et on bouche le conduit simplement avec du coton. Repos, défense d'alcool. Traitement de l'état général.

Dans la perforation spontanée, il faut distinguer entre l'otite idiopathique et l'otite secondaire. Dans la première la perforation est toujours petite et a une grande tendance à la guérison, l'os est rarement atteint et l'otite guérit si le pus est convenablement drainé. Tous les cas ont guéri et 3 % seulement se sont compliqués dont 1/2 % seulement ont dû être trépanés. Dans les otites secondaires sont guéris 93 %, 4,1 % sont morts, 8 % ont donné des complications et 6 % ont dû être trépanés.

Dans l'otite idiopathique, 70 % ont guéri sans perforation du tympan ; dans l'otite secondaire, 30 %. Le temps de l'otorrhée était chez les adultes de douze jours, chez les enfants, onze jours, chez les nourrissons, dix-neuf jours. La durée totale de la maladie était de vingt-quatre jours chez les adultes et de seize jours chez les enfants.

Avec beaucoup de justesse, l'auteur fait la remarque qu'il n'y a pas de méthode qui ne soit pas chaudement vantée par les uns, et fortement blâmée par les autres. LAUTMANN.

Contribution à l'anatomie de la trompe d'Eustache, par Zuckerkandl (*Monatschr. fur Ohenheilkunde*, n° 1, 1906).

Zucherkandl continue ses recherches sur l'anatomie comparée de la trompe d'Eustache (marsupiaux, rongeurs, pinipèdes).

LAUTMANN.

La pression sanguine chez les individus atteints de sclérose auriculaire et d'otite interne, par Mengotti (de Venise), (*Arch. ital. di otologie*, etc., vol. XVII, fasc. 2, p. 151, déc. 1905).

Mengotti a fait ses recherches avec le sphygmomanomètre de

Riva-Rocci chez vingt malades. Elles lui ont montré qu'il n'existe aucun rapport entre la pression sanguine d'une part, la sclérose auriculaire et l'otite interne de l'autre : ces affections ne déterminent pas de variations appréciables, en plus ou en moins, de cette pression. Le nombre des pulsations et des respirations ne présentent non plus aucune modification caractéristique.

M. BOULAY.

Diagnostic et prophylaxie de l'inflammation du labyrinthe au cours d'une otite moyenne aiguë, par OSTMANN (*Munchn. Medz. Wochensch.*, n° 15, 1906).

Le diagnostic d'une complication labyrinthique au cours d'une otite moyenne aiguë est difficile à faire si, dès le début de l'otite, l'attention du médecin n'est pas en éveil contre cette complication. Ce qui augmente la difficulté est que normalement, un peu de congestion du labyrinthe est de règle dans toute otite moyenne suppurée, au même degré que l'inflammation du conduit externe dans les environs du tympan. Labyrinthe et caisse sont séparés au niveau de la fenêtre ronde par une membrane très mince, et si la perforation spontanée se fait plus souvent par le tympan que par la fenêtre ronde, c'est grâce à la congestion de la muqueuse de la caisse qui, en constituant une sorte de défense naturelle, vient renfoncer la fenêtre ronde.

Nous sommes en mesure de reconnaître une labyrinthite grave à ses débuts quand la porte d'entrée est formée par la fenêtre ronde. La diminution brusque et nette de la perception pour les sons les plus aigus, constatée à l'aide du sifflet de Galton, la conduction du son sur l'oreille *saine*, la diminution de la durée de la perception osseuse, cependant que l'inflammation de la caisse ne diminue pas, sont des signes qui, dans leur ensemble, justifient le diagnostic d'une lésion du labyrinthe.

Si l'irruption se prépare par le canal horizontal, le malade se plaindra de vertiges, nystagmus, vomissements, troubles de l'équilibre, auxquels s'ajouteront plus tard seulement les symptômes acoustiques.

Ces symptômes demandent une médication énergique, comprenant l'émission de sang sur l'apophyse, dérivation sur les intestins, repos absolu, contrôle sévère sur le drainage parfait du pus. Si l'amélioration n'est pas prompte, la mastoïde sera ouverte, même si aucun symptôme ne plaide pour une inflammation de ses cellules.

LAUTMANN.

Les défauts des cornets acoustiques. Deux moyens importants, peu usités par les sourds pour l'amélioration de l'audition, par Auguste Lucæ (*Munchn. mediz. Woch.*, n°, 5, 1905).

Les cornets acoustiques, quelles que soient leur forme et leur construction, ont un grand défaut inhérent à leur construction et incorrigible. Quand le son a cessé, la corde correspondante de l'organe de Corti cesse également la vibration. C'est le phénomène que Helmholtz appelle : Dämpfung. C'est par lui que les sons successifs peuvent être perçus nettement et ne s'entremêlent pas entre eux, et c'est précisément ce brusque arrêt du son, devenu inutile, qu'aucun cornet acoustique ne peut imiter.

A part ce défaut capital, chaque cornet porte encore en lui les vices de sa forme. Les moins mauvais sont encore ceux qui empruntent la forme conique. Les formes les plus connues ont été divisées en huit groupes par Lucæ, et chaque groupe a été étudié au point de vue de son rendement acoustique, pour ainsi dire. Voilà, par exemple, les caractères du groupe 6. Petit instrument en forme de gobelet en métal, longueur $0^m,10$, diamètre de la coupole $0^m,04$, de l'ouverture pour le son $0^m,06$, longueur du tube *conique* $0^m,10$. Le bruit de la rue résonne dans une note aiguë Le son fondamental est f^2. Tous les sons jusqu'à c^3 sont renforcés. Au delà, aucun changement. Les sons de la quatrième octave sont comme du bois.

En général, on peut dire que tous les appareils donnent des sons secondaires très désagréables, qu'ils renforcent les sons au-dessus de leur son fondamental et surtout que tous, ils obscurcissent les sons de la quatrième octave. Or, Hermann a démontré que la plupart des consonnes dont dépend la netteté de la langue sont composées des tons de la troisième et quatrième octave. Enfin, tous les cornets sont nuisibles par ce fait qu'ils excluent le pavillon de l'oreille de la fonction.

Quoique nos connaissances sur la fonction du pavillon soient incomplètes ; pratiquement Lucæ a trouvé qu'il n'existe pas de meilleur cornet acoustique que de placer les deux mains derrière le pavillon, de façon à transformer le pavillon et la main en un seul grand récepteur du son. Il faut appliquer le pouce sur l'apophyse mastoïde, les quatre doigts courbés, juxtaposés sur le temporal de façon à faire du pavillon et de la paume de la main un demi entonnoir largement ouvert en avant.

Il est impossible d'entrer dans le détail de l'étude physiologique de ce travail où Lucæ étudie l'action des différents sons sur ce

cornet. Nous ne pouvons que retenir un seul résultat de ses études, d'après lequel le procédé de Lucæ n'améliore pas ceux des sourds, chez lesquels une diminution ou une perte du registre élevé laisse présumer une surdité nerveuse.

Pour ces malheureux et pour tous les sourds il existe un autre moyen pour remplacer, autant que faire se peut, une ouïe perdue. Ce moyen consiste à apprendre à lire la parole sur les lèvres. Lucæ regrette que ce moyen facile soit encore peu usité. Il est possible que quelques sourds ne puissent pas apprendre à lire la parole sur les lèvres tant qu'ils ont un reste d'ouïe, mais il est certainement faux, et cette faute est commise par des médecins et des professeurs, de les laisser croire qu'ils perdront ainsi le restant de leur ouïe. Loin de ne pas exercer leur ouïe, ces malades la défatiguent et la conservent ainsi mieux. LAUTMANN.

Sur le vertige et les troubles de l'équilibre dans les affections non suppurées de l'oreille interne, par WITTMAACK (*Zeitsch. für Ohrenheilkunde*, tome L, n° 2.)

Le but de ce travail est, d'après l'auteur, de rechercher, sur la base d'un raisonnement théorique, et en s'appuyant sur les constatations anatomo-pathologiques et observations cliniques, s'il est possible de diagnostiquer et le siège exact et la nature d'un trouble de l'oreille interne. Si tel est le but de l'auteur, nous pouvons dire que ce travail est une excellente mise au point des notions classiques concernant le diagnostic des affections de l'acoustique et du labyrinthe.

Quand l'acoustique est malade, l'altération de son rameau cochléaire est la règle. L'appareil circulaire peut rester indemne. On parle dans ces cas de surdité nerveuse. L'affection inverse : altération du rameau vestibulaire et intégrité du rameau cochléaire n'est pas connue en clinique. Cette vulnérabilité élective ne surprend pas, si on pense aux analogies ; fibres du posticus dans le récurrent, amblyopie tabagique pour le nerf optique, etc. Nous pouvons aujourd'hui distinguer les lésions du rameau cochléaire et du rameau vestibulaire. Pour examiner la fonction acoustique, Wittmaack procède de la façon suivante : il recherche d'abord la distance pour la voix chuchotée, ou, si, elle n'existe pas, pour la voix haute. Ensuite, il mesure la durée pour un diapason c (128 vibrations) d'abord pour l'air, ensuite pour l'os. Il recherche ensuite le Rinne et le Weber. Ensuite, il recherche le pouvoir quantitatif de l'oreille malade pour un diapason élevé, c_4, par exemple ; et enfin, il recherche les limites inférieures et supérieures.

Les épreuves de l'ouïe sont loin d'avoir un caractère coercitif pour Wittmaack. Ainsi, la limite inférieure n'a pas besoin d'être normale pourvu que la limite supérieure ait notablement diminué ; ou quand les limites sont relativement respectées, Wittmaack se contente de comparer le pouvoir quantitatif pour le diapason c avec celui du diapason c_4. Enfin Wittmaack n'attache pas autant d'importance à la constatation de la durée absolue de perception pour un son, qu'à la durée relative comparée à l'audition supposée normale du médecin.

Très importante est également la diminution de la perception osseuse, mais à condition qu'elle soit très nette, 30 à 40 %, par exemple, et que l'oreille non examinée soit malade. De même, est important le Rinne et également à condition que la voix chuchotée reste entendue au-dessous de 1 mètre, et qu'il n'y ait pas surdité presque absolue. Les épreuves de Weber et de Gellé sont infidèles. Quant à la réaction galvanique, Wittmaack a la conviction qu'un résultat positif avec un courant de 10 MA ou moins est caractéristique pour une affection de l'oreille interne.

Evidemment, les épreuves de l'ouïe seront aidées et contrôlées par l'examen otoscopique, l'examen de la perméabilité de la trompe, la constatation des bruits subjectifs ayant comme caractère qu'ils sont *en même temps* de haute tonalité, de haute intensité, de grande régularité.

L'examen clinique de l'appareil circulaire du labyrinthe se fait également d'après l'étude des quatre symptômes cardinaux suivants ; nystagmus, troubles de l'équilibre, vertige, vomissements. L'auteur voudrait y ajouter encore la mydriase du côté malade.

Le nystagmus doit être provoqué en recommandant au malade de regarder latéralement et mieux vers le côté sain. Le nystagmus est absolument caractéristique pour une affection du labyrinthe, s'il augmente ou diminue dans son intensité avec les symptômes subjectifs de vertige. Le vertige labyrinthique doit être nettement rotatoire, sensation de vertige des chevaux de bois. Un peu de torpeur ou sensation de déséquilibre quand on se penche ne sont pas caractéristiques.

Les troubles de l'équilibre seront recherchés le mieux sur le plan incliné (Stein), à l'exclusion des manœuvres difficiles demandant une certaine adresse gymnastique. L'examen électrique pourrait donner, dans les grandes lésions acquises du labyrinthe, le vertige galvanique. Ce vertige galvanique pourrait encore être recherché quand les autres symptômes auront disparu.

Comme un bon travail didactique, cet article contient un grand

nombre d'exemples dont nous choisirons quelques-uns caractéristiques.

Exemples : Surdité nerveuse, sans troubles vestibulaires. Homme de 45 ans remarque une diminution de l'ouïe depuis quatre à cinq semaines, plus prononcée à gauche qu'à droite. En même temps, sifflements dans les oreilles, pas de vertige, se plaint de rhumatismes.

Examen otoscopique : tympan mat, légèrement opaque, non rétracté.

Epreuves

Droite	Gauche
V. ch. = 0,2 m.	V. ch. = à la conque
CA 70 %, CM 50 %	CA 50 %, CM 50 %
Rinne +	Rinne +
C_4 30 %	C_4 10 %
Limite sup. : Galton 4,0	Limite sup. : Galton 5
Limite inf. : G. 2	Limite inf. : D 1

Weber non latéralisé.

Réaction de l'acoustique

Droite	Gauche
Sifflements à 8 MA (Kat F)	Bourdonnements à 5 MA (K. F.)
K. O. An. F. j. à 15 MA.	K. O. An. F. An O à 15 MA.
négatif	négatif

Les trompes sont perméables pour la bougie. Pas d'amélioration après le cathétérisme.

Examen de l'équilibre, négatif.

Vertige galvanique à 10 MA. Nystagmus à 15 MA.

Vertige rotatoire, négatif.

Etat général, tabès.

Voici maintenant l'exemple d'un cas de surdité nerveuse avec troubles de l'équilibre.

M. E. 18 ans, souffre depuis neuf ans de surdité progressive, venant par attaques, bourdonnements augmentant également au moment des attaques.

Vertige. Est en traitement pour une affection des yeux. A l'examen otoscopique, rien de spécial.

Epreuves de l'ouïe

Droite	Gauche
Surdité pour voix haute	Voix haute entendue à la conque
ne sont perçus que diap. C_4 et C_5	CA 50 %. CM 50 %
Limite sup. : Galton 6	Rinne +
	C_4 30 %
	Limite sup. : Galton 1 1/2
	Limite inf. : G. 2

Weber latéralisé à gauche. Les trompes facilement perméables même pour une bougie épaisse.

Cathétérisme sans influence.

Examen de l'appareil circulaire : nystagmus qui augmente quand le malade regarde à droite et en haut, moins prononcé quand le malade regarde à gauche. Quand le malade marche les yeux fermés, sa démarche est hésitante et chancelante. Il a une tendance à dévier à droite, il se tient mal sur un pied, mal sur les bouts de pieds, etc. Sur le plan incliné, oscillation manifeste qui augmente quand il ferme les yeux. Par la rotation, le nystagmus ne change pas de caractère. Le malade ne ressent pas de vertige.

Etat général : spécificité héréditaire.

Nous avons choisi ces deux exemples pour montrer un schéma commode pour l'examen de l'oreille interne. Mais comme nous l'avons dit, l'ambition de l'auteur est d'aller plus loin et de reconnaître par l'examen de l'oreille, des dyscrasies générales, comme les oculistes font par l'examen du fond de l'œil. Il est indéniable que la découverte d'une surdité nerveuse peut amener la découverte d'un tabès ignoré. Wittmaack a eu la chance de faire un diagnostic pareil sur trois cas. Mais il est certainement exagéré d'attribuer autant de valeur pour le diagnostic aux épreuves incertaines de l'ouïe qu'à l'inspection directe d'un fond de l'œil.

Malgré cette opposition qu'on pourrait faire à l'auteur, son travail, à part le mérite didactique, a une autre valeur. Wittmaack fait nettement ressortir la grande vulnérabilité du rameau cochléaire, qui le distingue de tous les autres nerfs crâniens, ainsi que Politzer, seul avant lui, l'a déjà dit pour le nerf acoustique. Les causes de cette vulnérabilité sont les suivantes : le rameau cochléaire et son ganglion sont situés dans un tissu osseux qui est nourri par des artères terminales (type Cohnheim). Une oblitération des vaisseaux est difficilement réparable, le vaisseau

obturé n'ayant presque pas d'anastomose. De plus, les cellules du ganglion cochléaire sont de très petites dimensions, de forme bipolaire et entourées d'une gaîne, signes d'un arrêt dans le développement de ces cellules.

En terminant, l'auteur s'arrête à l'étude de la surdité sénile et de la surdité professionnelle. Cette surdité considérée comme nerveuse par tous les classiques est due à une sorte d'usure de l'acoustique dans la sénilité et à une névrite dégénérative dans la surdité professionnelle.

L'auteur a fait des expériences sur ces questions qui feront le sujet d'une publication ultérieure. LAUTMANN.

Sur les troubles de la mentalité dans la thrombose otitique du sinus. Début apoplectiforme de la thrombose, par F. Voss (*Zeitsch. fur Ohrenheilkunde*, tome L, n° 2).

La thrombose du sinus se marque sur le malade comme une complication grave de l'otopathie. Même si le malade vient à pied vers le médecin, il fait l'impression d'être gravement atteint. Les enfants indisciplinés pour le changement de pansement deviennent patients quand leur sinus est thrombosé. Körner dit que l'intellect peut rester libre. Mais les troubles de la circulation dans le cerveau sont si graves que généralement une dépression psychique, un certain degré d'apathie ne tardent pas à se montrer. Et puis un autre facteur, l'infection septique, à lui seul, peut occasionner le plus grand désordre intellectuel. Ces désordres mentaux de cause septique peuvent quelquefois faire confondre une thrombose avec une typhoïde. Voss nous en cite un exemple, mais d'autres sont connus dans la littérature (Piffl).

Quant au deuxième facteur, le changement dans la circulation du cerveau par la thrombose, l'auteur publie l'observation d'un malade qui, en traitement pour une suppuration aiguë de l'oreille, a été brusquement pris d'un accès apoplectiforme. Voss a opéré le malade quelques heures après l'attaque et a découvert une thrombose récente du sinus transverse. Malheureusement, le malade est mort et l'autopsie a été refusée. LAUTMANN.

Contribution à l'étiologie des troubles à début brusque de la partie nerveuse de l'oreille interne, par C. Stein (*Monatsch. fur Ohrenheilkunde*, n° 1, 1906).

Qui, de nous, ayant eu occasion de suivre un grand service de médecine ne se rappelle pas avoir vu le cas suivant ? Un homme

d'un certain âge a été pris, à la suite d'une violente émotion, de tremblements, de vertige, palpitations, bourdonnements de l'oreille et surdité. Peu à peu les grands troubles ont disparu et comme chez le malade, observé dans un service de médecine générale, l'ouïe n'a pas été spécialement examinée, les observations de ces cas de névrose traumatique n'en font pas mention et les malades quittent le service, généralement avec la mention améliorés ou guéris. Mais il suffit que l'attention d'un otologiste soit appelée sur ces cas pour que le symptôme auriculaire soit mis en relief et imprime son cachet à ces prétendues névroses traumatiques.

Voici d'abord un cas : Un homme de 62 ans a failli faire une chute d'un tramway électrique. Il ressent une violente émotion. Celle-ci à peine passée, il est pris de bourdonnements dans la tête, d'un tremblement, de palpitations, de vertige, et, quand le malade rentre chez lui, il a grand'peine à entendre ce qu'on lui dit. Son émotion persiste encore quelques jours, en même temps, il a des maux de tête et des insomnies. Stein a occasion de voir ce malade trois jours après l'accident. Examen otoscopique, négatif. Diminution de la perception crânio-tympanale, voix haute à 2 mètres, voix chuchotée et montre = 0. Examen de l'état général : artério-sclérose généralisée. Les bruits subjectifs ont disparu seulement au bout de quelques mois, le vertige et la céphalée ont peu diminué. Malgré un long traitement, l'ouïe s'est peu améliorée.

Stein publie 6 cas personnels et 1 cas appartenant à Freund et Kayser. Tous ces cas se ressemblent entre eux et ressemblent aux nombreux cas de névroses traumatiques dont nous avons lu les descriptions ou vu quelques spécimens. Il s'agit de malades qui se plaignent de céphalée, de vertige, de bourdonnements, de surdité, survenus à la suite d'une émotion ou d'un traumatisme qui a frappé la tête. L'excitation, l'oppression, l'angoisse, disparaissent peu à peu mais quand on examine les malades, même plusieurs mois après l'accident, on trouve que leurs facultés intellectuelles ont baissé. Mais la lésion la plus grave a frappé l'oreille. Les bourdonnements peuvent persister pendant des mois et l'ouïe est presque toujours et pour toujours diminuée.

Tous ces malades montrent à un examen détaillé des lésions plus ou moins prononcées de l'artério-sclérose. Cette artério-sclérose peut avoir été latente jusqu'au moment où, à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'un effort, la dyscrasie se manifeste. Cette manifestation peut laisser des traces profondes dans le cerveau qui de tous les organes est le plus sensible aux altérations

de la circulation. S'agit-il d'une contraction des vaisseaux, sous l'action de l'émotion, contraction suivie d'ischémie du cerveau, s'agit-il d'hémorrhagie capillaire? Il est impossible de le dire. Quoi qu'il en soit de la pathogénie de ces accidents, il est important de savoir que les altérations de l'ouïe et les bruits subjectifs font partie d'un cortège de phénomènes qui, au point de vue de l'anatomie pathologique, dépendent de l'artério-sclérose. Que reste-t-il dans ce cas de la névrose traumatique? LAUTMANN.

Contribution au traitement du vertige de Menière, par G. LIMONTA et S. GAVAZZANI (*Arch. ital. di otol.*, etc., sur 1905, vol. XVII, fasc. 1, p. 14.)

Dans un cas les auteurs ont obtenu un excellent résultat par la galvanisation. L'électrode négative (de 12 centimètres carrés de surface) était appliquée à la nuque et l'électrode positive (de 3 centimètres carrés de surface) immédiatement au-devant du tragus ; le courant était augmenté progressivement jusqu'à 10, 12, 15 milliampères, sans que la malade fît aucun mouvement d'inclinaison, ni de rotation de la tête ; on cessait la galvanisation à la première apparition du vertige.

Après sept séances, l'hypéresthésie de l'oreille, étant un peu diminuée, on appliqua deux électrodes égales (de 3 centimètres carrés de surface) sur les deux tragus, le pôle positif étant placé du côté de l'oreille atteinte, avec un courant de 12 à 15 milliampères.

Après vingt-quatre séances quotidiennes d'abord, puis espacées de deux jours en deux jours, le vertige avait disparu ; les bruits subjectifs avaient diminué et l'audition s'était améliorée.

M. BOULAY.

Statistique des cas de mastoïdites opérées dans le service otologique de Boston city hospital. De mai 1903 à mai 1904, par GEORGE A. LELAND (*Annals of otology rhinology laryngoly*, décembre 1905).

L'auteur a opéré durant cette période 70 cas de mastoïdites. Après avoir émis les réflexions que lui ont suggérées ces cas différents, l'auteur donne le détail d'une dizaine d'observations. Deux fois il a pratiqué ce qu'il appelle le *pansement au caillot sanguin* : après curettage et grattage minutieux de la cavité mastoïdienne, il laisse se remplir de sang la cavité mastoïdienne de façon à provoquer

la formation d'un caillot et suture par-dessus. Un tout petit orifice est laissé au point déclive par lequel est introduite une petite mèche destinée à drainer le sérum sanguin et à assurer la formation d'un caillot compact.

Ce caillot sanguin semble bien un excellent milieu de culture pour les bactéries qui restent forcément dans une mastoïde même minutieusement évidée. Néanmoins l'auteur a eu deux succès : guérison en quinze jours et même huit jours dans un cas.

H. CABOCHE.

Expertise en otologie, par BAGINSKY (*Berliner klinische Wochensch.*, n° 37, 1905).

Le plus grand nombre des cas à expertiser en otologie et en même temps les plus difficiles sont ceux portant sur les lésions du labyrinthe. La commotion du labyrinthe montre toujours la même caractéristique. Il s'agit de malades qui ont fait une chute d'une grande hauteur ou qui ont reçu un coup sur la tête. Les suites immédiates étaient ou une perte de connaissance ou un étourdissement, à la suite desquels le malade se plaint de surdité plus ou moins prononcée d'un ou des deux côtés, bourdonnements, bruissements, vertiges surtout quand il se baisse. Quelquefois le complexus symptomatique de *Ménière* est nettement prononcé ; en même temps, plaintes de fatigue, de faiblesse de caractère neurasthénique. Dans des cas pareils, l'otologiste doit se doubler d'un neuro-pathologue et se mettre en garde contre la simulation. Le seul moyen est de faire des épreuves de l'ouïe et de répéter ces épreuves. On peut constater au diapason que le sujet a perdu la perceptibilité pour quelques sons, surtout pour les sons élevés. On pourra régulièrement constater la diminution de la perception osseuse. On constatera que chez les sujets atteints d'otopathie ancienne, une petite commotion suffit pour amener des grosses lésions de l'ouïe.

Pour l'évaluation de la rente à allouer il faudra se rappeler qu'une amélioration de l'ouïe est très rare. Un doute est toujours possible si dans les cas d'amélioration il s'est agi de commotion véritable ou d'otopathie hystérique et neurasthénique.

LAUTMANN.

II. — *NEZ*

Contribution à l'étiologie de la rhinite caséeuse, par Calamida (*Arch. ital. di otologia*, etc., vol. XVII, f. 3, mars 1906, p. 177-197).

L'auteur rapporte huit cas personnels de rhinite caséeuse, tous unilatéraux, dont deux chez la femme, et six chez l'homme; l'âge des malades variant de 17 à 76 ans; l'affection siégeait six fois à gauche et deux fois à droite.

Il existait toujours comme cause première une sécrétion purulente entretenue par des lésions diverses des fosses nasales ou des sinus et toujours également une obstruction plus ou moins prononcée des narines. Aussi la matière caséeuse lui a semblé être un produit de rétention prolongée des sécrétions purulentes; par le fait de la rétention, celles-ci subiraient des transformations et des décompositions compliquées. Il se passerait là quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les sinusites caséeuses et dans les amygdalites cryptiques.

L'opinion que fait de la rhinite caséeuse un simple épiphénomène au cours de lésions préexistantes du nez ou des sinus trouve donc dans ce travail une nouvelle confirmation. M. Boulay.

Lésions de l'œil consécutives à une injection de paraffine pour corriger un nez en lorgnette, par Uhthoff (*Berliner klinische Wochensch*, n° 47, 1905).

A la suite d'une injection de paraffine fusible à 43°, et injectée à la température de 46 ou 47°, la malade a remarqué brusquement pendant l'injection une cécité de l'œil gauche. Aucune douleur, la malade ne ressentait qu'un peu d'épiphora, et quelques vertiges. Le lendemain, à l'examen ophtalmoscopique, on pouvait constater l'embolie de l'artère centrale de la rétine. L'état est resté stationnaire. L'auteur a eu à constater une autre lésion chez un homme de 57 ans, chez lequel un médecin a voulu corriger une difformité du dos du nez par une série d'injections de paraffine. Après la troisième injection le résultat pouvait être considéré comme relativement bon, quand un jour le malade, après un grand travail de jardinage et après sudation intense, a dû se frotter les yeux à cause d'une sensation de fourmillement et de pression. Dans la nuit, les yeux et toute la

figure sont devenus rouges et tuméfiés. Le malade ne pouvait plus ouvrir les paupières et a dû être reçu à la clinique ophtalmologique. Par excision d'une partie, on trouve que la paraffine a fusé dans les paupières. A l'examen, on constate que les paupières sont dures, les rebords poussés les uns contre les autres. Impossibilité absolue de les ouvrir. Le traitement a consisté dans l'incision des parties néoplasiques et des parcelles de paraffine. L'examen microscopique montre que la paraffine ne se trouve nulle part dans une masse compacte. On trouve des gouttelettes de paraffine entourées de tissu dense d'inflammation. Il s'est agi dans ce cas probablement de paraffine fusible à un degré relativement peu élevé. La réaction inflammatoire par la paraffine dure est moins prononcée. En conséquence la paraffine dure paraît recommandable de préférence aux autres paraffines. LAUTMANN.

La valeur du cornet inférieur pour la perméabilité du nez pour l'air, par FEIN (*Monatsch. f. Ohrenheilkunde*, n° 1 1906).

Si nous voulons juger de la perméabilité du nez pour l'air, nous sommes obligés de nous fier aux assertions du malade, à moins que les troubles et l'organisme ne forcent l'esprit du médecin à en chercher les causes dans une insuffisance de l'aération. Les appareils inventés par Zwaardemacker, Glatzel et autres sont défectueux.

La clinique nous a appris à reconnaître quelques lésions intranasales dont la suppression augmente la perméabilité du nez pour l'air. L'observation nous montre que ces lésions occupent *dans le nez* le méat inférieur et le cornet inférieur. Or, l'expérimentation montre presque généralement que le passage de l'air pour la respiration touche à peine ces régions, et que l'air pendant l'inspiration, prend son passage au-dessus du cornet inférieur, dans l'espace commun des méats et dans le méat moyen. Kayser qui a fait aspirer de la magnésie, Franke qui a fait aspirer la fumée du tabac, Burchardt, tout en variant leurs expériences, sont arrivés aux mêmes résultats à savoir : 1° que le passage du courant inspiratoire ne diffère pas beaucoup de celui du courant expiratoire ; 2° la plus grande partie du courant respiratoire passe par le méat moyen; 3° les parties inférieures du nez ne partcipent pas à la respiration.

Pourtant, la clinique est conforme à l'opinion de Frenkel, d'après lequel l'air entre principalement par le méat inférieur et par l'espace entre cornet moyen et septum, pour avancer vers la partie nasale du pharynx.

Que conclure? Contre les expérimentateurs on pourra objecter qu'un arrangement d'expériences n'équivaut pas à une fonction naturelle. Quant aux assertions du malade, il faut admettre qu'il n'y a évidemment pas de parallélisme entre les sensations subjectives d'une perméabilité complète et les constatations objectives fournies par la rhinoscopie. Les grosses lésions sténosantes dans le méat moyen réclameront l'intervention, et, ce n'est que dans le méat inférieur, et là, par un examen détaillé du cornet inférieur, que les éventualités plus spéciales d'une sténose possible seront à considérer. Pour cela, Fein propose de distinguer cinq points pour l'examen : le pôle antérieur, le pôle postérieur, la partie libre regardant vers le plancher, la partie moyenne dirigée contre le septum, et la partie supérieure regardant vers le méat moyen. Chacune de ces parties peut, soit par congestion, soit par hypertrophie être la cause d'une sténose passagère ou permanente. A ce propos Fein répète les notions classiques sur l'obstruction par l'hypertrophie polypoïde de la tête du cornet inférieur, la sténose par soupape de la queue du cornet, etc.

Concluant d'après les expériences, Fein croit que la partie du cornet inférieur formant la base du méat moyen pourra faire l'objet d'une intervention contre la sténose. LAUTMANN.

Tamponnement du nez et du cavum, par LENNHOFF (*Archiv. f. Laryng.*, Bd XVIII, n° 1).

Le tamponnement du nez exécuté de façon à rendre service le cas échant, devient toujours pénible au malade et instinctivement l'opérateur évite de le faire autant que possible. Lennhoff paraît particulièrement abhorrer ce tamponnement et si l'expérience personnelle de chacun de nous ne nous mettait pas en garde, on consentirait volontiers à ne faire le tamponnement qu'après les opérations exécutées sur la muqueuse du septum et sur le cornet moyen, à moins qu'il ne s'agisse de malades artério-scléreux ou anémiques chez lesquels le tamponnement est de rigueur après toutes les interventions sanglantes dans le nez quelles qu'elles soient.

Avec les anesthésiques modernes un tamponnement antérieur peut paraître suffisant et exposer tout de même le malade à une hémorrhagie abondante quand, quelques heures après l'opération, la vaso-dilatation se fait. L'auteur décrit, avec assez d'humour, l'effroi du malade, l'embarras d'un médecin consulté d'urgence qui, après un vain essai d'arrêter l'hémorrhagie avec la sonde de

Belloc (elle ne marche pas !) envoie le malade ou à l'hôpital ou à l'opérateur. Pour éviter tous ces inconvénients l'auteur nous propose l'emploi de son tampon en forme d'accordéon (zugsheifen tampon). Une mèche en gaze est roulée en forme d'accordéon le long d'un fil. Cette spirale formant tampon est introduite dans le nez jusque dans le cavum pendant qu'un assistant tient l'autre bout déroulé de la spirale entre ses mains. L'opérateur pousse le tampon jusqu'à ce qu'il tombe dans le cavum où il produit le réflexe. A ce moment l'assistant tire le fil autour duquel la mèche de gaze est enroulée et soulève le bout jusqu'à ce qu'il rentre de nouveau dans la choane. On fixe le fil. Le long du fil comme sur un mandrin, on repousse maintenant la mèche de gaze contre le bout de la spirale fixé dans la choane et on transforme de cette facon la spirale en un tampon obstruant. Le tampon devient d'autant plus serré qu'on tire plus fort sur le fil conducteur. On coupe de la mèche suffisamment pour laisser un boutde $0^m,10$ dans lequel on fixe un tampon de coton qu'on pousse dans le nez.

Il est évident que si l'on fait ce tamponnement en pleine hémorrhagie, il sortira, au moment où l'opérateur tire sur le fil, une masse de sang qui sera comme exprimée par le tampon qui se resserre. Il faut prévenir le malade de cette possibilité pour lui éviter une peur inutile et pour l'empêcher de retirer brusquement la tête en arrière, mouvement par lequel le tampon tout entier pourrait être tiré en dehors.

L'ablation du tampon est très simple. On trouve ce tampon accordéon dans la fabrique de pansements Hartmann qui prépare des étuis contenant des tampons d'une longueur de 1 mètre et de $1^m,50$ et de deux largeurs de $0^m,04$ et de $0^m,2$ 1/2.

LAUTMANN

La résection sous-muqueuse de la cloison, exécutée d'après la méthode de Otto Freer (*Archiv. f. Laryng.*, Bd. XVIII, n° 1).

Rassurons ceux qui, exécutant la résection de la cloison d'après Killian, craignent d'avoir à apprendre une nouvelle technique. Dans ce travail très connu chez nos confrères en Allemagne et en Angleterre, Freer nous décrit sa technique qui ne varie de celle de Killian que dans quelques détails et surtout dans l'emploi de quelques instruments spécialement construits.

Position du malade. — La plus grande partie de la résection est exécutée sur le malade à moitié couché. Le malade est assis seulement quand il s'agit d'enlever les parties osseuses du plancher.

Anesthésie. — On frotte la solution d'adrénaline 1 $^0/_{00}$ sur les deux côtés de la déviation. Au bout de 3 à 5 minutes, on applique largement de la cocaïne en poudre. Au bout de cinq autres minutes, l'opération peut commencer. Si nécessaire, on applique de nouveau la cocaïne au cours de l'opération. Freer ne fait pas d'injection sous-muqueuse et il a pu opérer de cette façon des enfants de 7 à 10 ans, mais il est préférable d'ajouter un peu de chloroforme chez les enfants.

L'assistance comporte deux aides dont l'un s'occupe de l'hémostase et l'autre de l'écartement de l'aile du nez, à l'aide d'un rétracteur spécialement construit.

Donc pas de spéculum.

Incision de la muqueuse. — L'incision la plus fréquemment faite a la forme d'un L ouvert en arrière, mais elle peut être variable et être remplacée quelquefois par une simple incision verticale allant de la hauteur du septum jusqu'à la base du plancher. Les incisions sont faites avec des bistouris spéciaux.

Séparation de la muqueuse. — Pour cette partie délicate de l'opération, l'auteur a construit deux « élévateurs » spéciaux, l'un très mince mais non coupant, l'autre avec lame tranchante sur deux côtés. Ces instruments comme tous les instruments de Freer ne sont pas coudés.

Section du cartilage. — Freer fait la section du cartilage avec un bistouri spécial. Il n'introduit pas le petit doigt dans la narine opposée, car en faisant ceci on expose plutôt la muqueuse à la section qu'on ne la garantit. Avant de faire la section du cartilage on tire le lambeau antérieur avec un double crochet et on sectionne maintenant le cartilage parallèlement au dos du nez le long de la base de ce lambeau.

A cette première incision du cartilage, on ajoute une deuxième le long de la base du septum. On fait ainsi un lambeau cartilagineux avec la base en arrière. La séparation de la muqueuse du côté concave est rendue quelquefois très difficile ; parfois il faut se contenter de dénuder le cartilage peu à peu et de sectionner au fur et à mesure qu'on l'a dénudé. Généralement le lambeau cartilagineux donne un accès suffisamment grand vers la concavité et permet de suivre le mouvement de l' « élévateur ».

La résection du cartilage se fait avec le couteau de Ingal. Généralement le morceau est enlevé d'une pièce et même quand il est impossible de faire de larges incisions dans le cartilage, le couteau de Ingal permet la section des petits morceaux et les ramène grâce à sa forme de crochet. Freer se sert de moins en

moins de la pince coupante et on voit qu'il n'est pas fait mention du spéculum de Killian.

S'agit-il de la résection d'une déviation osseuse, l'opération devient excessivement délicate et peut durer plus d'une heure. Ici on ne peut pas se passer de pince coupante, qui est préférable à la gouge excepté dans l'ablation de la crête incisive. La pince dont se sert l'auteur est la modification de la pince de Grünwald. Ces pinces sont construites par couple pour que chaque côté la cuillère non mobile puisse se glisser sous la muqueuse du côté convexe.

Tamponnement. — Un tissu spécial molletonné, « sterilized absorbent lint » est découpé en lanières de 1/2 centimètre sur $0^{m},25$. Ces lanières sont trempées dans la poudre de bismuth. La lanière est pliée en deux ; tenue entre le pouce et l'index, elle est tendue avec une sonde appuyant contre le pli et, ainsi tenue, la lanière est introduite dans la cavité convexe derrière la fenêtre et posée sur le plancher. On pose en étages ainsi plusieurs lanières. Ce pansement reste cinq jours.

Le secret de la réussite de l'opération consiste à travailler minutieusement. L'hémorrhagie pendant l'opération quoique peu grave est gênante et fait perdre beaucoup de temps. Ces deux raisons expliquent pourquoi le chirurgien ne doit pas mettre son ambition à exécuter rapidement cette opération. LAUTMANN.

Résection sous-muqueuse des déviations et éperons du septum, par SAINT-CLAIR THOMSON (*Médici. chirurgical Transaction*).

Ce travail a été communiqué à la Société royale de médecine et de chirurgie à Londres. Dans la discussion qui a suivi la lecture, Dundas Grant, après avoir rappelé que le procédé suivi par Saint-Clair Thomson, était celui indiqué par Killian, s'est déclaré partisan de l'opinion de Zarniko qui demande que chaque rhinologiste puisse exécuter correctement de cette opération.

Saint-Clair Thomson a l'habitude de préparer pendant trois jours ses malades pour l'opération. Il défend pendant ce temps l'alcool, le tabac. La veille il purge le malade. Par ces précautions, l'hémorrhagie pendant l'opération est diminuée. Il opère maintenant sous anesthésie locale par *badigeonnage* à l'adréno-cocaïne. Le malade est couché. L'incision de la muqueuse est faite avec un court bistouri en baïonnette, la pointe tranchant partout. L'incision est à 1/2 centimètre entre la jonction de la peau et de la muqueuse et parallèle au septum cutané. On traversera du premier coup le cartilage jusqu'à la muqueuse opposée.

La suite de l'opération se fait d'après le procédé classique. A la place du spéculum de Killian, Thomson se sert du spéculum de Thudichum dont il a un peu allongé les valves. De même, pour la résection du cartilage, à la place du petit instrument de Killian, il se sert d'un instrument à peu près analogue, la partie tranchante fixée sur pivots (Ballenger's savivel septum knije).

Thomson insiste, comme tous les auteurs avant lui, sur les réelles difficultés qu'offrent les parties osseuses, surtout l'apophyse du maxillaire supérieur. L'ablation de ces parties se fait avec une pince coupante ou avec des ciseaux.

Un ou deux points de suture dans la muqueuse, léger tamponnement avec du coton trempé dans de la vaseline, repos au lit pour la journée, compresses glacées sur la racine du nez constituent le reste. Les tampons sont enlevés le lendemain ; défense est faite au malade de se moucher. Le résultat est complet au bout de sept à dix jours.

Difficultés de l'opération. — Insuffisance de l'anesthésie. Le procédé d'anesthésie exposé suffit pour les cas non compliqués. L'infiltration de cocaïne n'est pas recommandable. Dans les cas compliqués, l'ablation des parties osseuses peut être ressentie douloureusement. Thomson administre le chloroforme seulement sur demande expresse du malade.

Perforation de la muqueuse. — Si d'un côté la muqueuse est complètement détachée, la perforation de l'autre côté a moins d'importance. La perforation de la muqueuse reste permanente si les deux muqueuses sont trouées au même niveau. Une perforation permanente située très en arrière est sans importance.

Objections antérieures. — Les adhérences entre la convexité et le cornet inférieur ou l'adhésion de deux muqueuses du septum entre elles peuvent offrir de grandes difficultés pour la séparation.

Oppositions faites à cette opération. — L'excision d'une grande partie du septum exposerait le nez à des déformations. Cette objection est réfutée par les cas guéris sans aucune difformité du nez. Au contraire, c'est l'opération précisément indiquée pour corriger surtout le déplacement du septum dans une des narines. Il faut exécuter une véritable résection fenêtrée, c'est-à-dire, laisser une partie suffisante au-dessous du dos du nez et derrière le septum cutané. La solidité du nez ne souffre pas après l'opération. Quatre opérés de Freer ont reçu des coups sévères sur le nez causant épistaxis et survenus même une semaine après l'opération, sans inconvénient pour la forme externe du nez, ni pour le sep-

tum nouvellement reconstruit. On incrimine la longueur et la difficulté de l'opération ; cette longueur est inévitable, mais la durée de trois heures nécessaire pour les premiers cas a été réduite par Thomson à moins de la moitié pour les derniers cas (Freer 1 heure, White 1 heure et demie, Coolidg jien de 1 à 2 heures, Cohn 2 heures et demie, Stepanow de 1 à 3 heures et demie). L'opération demande une habileté spéciale et Zarniko la déclare la plus difficile de toutes les opérations intra-nasales. En suivant la méthode et en employant les instruments de Thomson on simplifie considérablement l'opération. L'opération est impraticable chez les malades au-dessous de 17 ans. Chez les enfants, l'anesthésie générale serait nécessaire et les cavités nasales trop étroites pour opérer commodément. Les instruments sont nombreux et coûteux. La boîte de Freer contient à peu près vingt instruments, celle de Killian demande des instruments différents pour le côté gauche et le côté droit (?)

A l'avenir, l'arsenal pour cette opération sera probablement allégé. Pour le moment voici les instruments nécessaires : 1° spéculum ordinaire de Thudichum ; 2° long spéculum de Thudichum ; 3° bistouri en baïonnette, avec pointe arrondie tranchante sur toute sa circonférence ; 4° et 5° séparateur émoussé et tranchant, ils doivent être très effilés et étroits pour pouvoir travailler autour des angles et dans les cavités ; 6° couteau de Ballinger ; 7° pince de Hartmann, 8° et 9° gouge et maillet, 10° et 11° aiguille et porte-aiguille, 12° pince de Freer ou de Jansen.

Les avantages et les indications spéciales de cette opération, sont énumérés. Parmi les contre-indications, relevons que chez les personnes âgées, Thomson n'exécute pas cette opération ; l'accoutumance s'étant faite au tube vicié de la respiration.

A la fin de son travail, l'auteur fait un court résumé des 30 cas opérés par lui.

Voici le n° 18. — Malade âgé de 20 ans, envoyé par Sir William Broadbent se plaint d'un catarrhe nasal, d'obstruction nasale. A été opéré 3 fois pour végétations adénoïdes à l'âge de 7, 14 et 15 ans. Dans le pharynx on voit des cicatrices et des adhérences entre le pilier postérieur et la paroi du pharynx. La luette manque et d'un côté le voile du palais est fixé par adhérence traumatique. Reste de végétations adénoïdes. Etroitesse des deux cavités nasales. Le cartilage quadrilatéral luxé dans la narine gauche. La cavité droite complètement obstruée par une déviation et un éperon. Le malade réclame le chloroforme. La muqueuse de la concavité est perforée pendant l'opération. Muqueuse opposée intacte. Deux

points de suture. Huit jours après, respiration libre, pas de perforation du septum. LAUTMANN.

Les résultats de l'opération de Desault dans la suppuration du sinus maxillaire, par KOELBREUTTER (*Munchen. Mediz. Wochensch.* n° 9, 1906).

Le mieux est l'ennemi du bien. On a eu tort de modifier l'ancienne opération de Desault et de la remplacer ensuite par des procédés avec controuverture dans la cavité nasale. Sebileau (*Annales*, n° 12, 1905), pratique exclusivement l'opération de Desault et à quelques modifications près, c'est la même opération uniquement qu'on pratique à la clinique du prof. Körner, quand après un traitement par des lavages continus pendant trois semaines, la sinusite n'est pas guérie. Les résultats sont excellents puisque sur 66 opérations pratiquées entre 1901 et 1904, 61 cas, tout dernièrement examinés, ont été trouvés radicalement guéris, car, à l'inspection, on ne trouvait ni pus, ni croûtes dans le nez.

De ces 66 cas, 8 cas étaient de cause dentaire ; sur le reste l'origine était inconnue. Cinq cas étaient en même temps atteints d'ozène, 1 cas de tertiarisme, 35 cas montraient une combinaison avec ethmoïdite. Tous ces cas ont été d'abord débarrassés de leur ethmoïdite. Sept cas avaient en même temps une sinusite frontale, dont trois des deux côtés, et trois fois il y avait sinusite sphénoïdale. Les 5 cas non guéris de leur sinusite maxillaire étaient précisément ceux combinés de sinusite ethmoïdale.

La plaie opératoire de la fosse canine s'est fermée quarante-deux fois. Quatorze cas ont gardé une fistule.

Quant à la technique, elle a été de plus en plus simplifiée. Depuis 1904, elle est faite sous anesthésie locale. Incision dans la fosse canine à 1 centimètre et demi du bord alvéolaire, traversant muqueuse et périoste. Rugination. Ouverture large de la paroi faciale mise à nu du recessus pré-lacrymal et du recessus alvéolaire, curetage soigneux de toute la muqueuse (Lampe frontale, curettes *tranchantes* et de tailles différentes). Lavages à l'eau oxygénée, tamponnements légers. Le troisième jour le tampon est enlevé, le sinus est lavé. Dans la suite on examine la plaie (spéculum Killian), on fait des lavages et on introduit un tampon à la gaze. Après trois semaines on n'introduit plus de tampons, on lave encore tant que c'est possible. Il n'est pas probable que la fistulisation du sinus soit plus favorisée par ce traitement. Ces fistules ont du reste une tendance à se fermer. Cette opération est, comme Sebileau l'a dit, une bonne opération. LAUTMANN.

III. — *LARYNX*

Sur la guérison de la tuberculose du larynx, par ARTHUR ALEXANDER (*Berliner klinische Wochensch.*, n° 9, 1906).

Dans cet article, Alexander s'élève contre le pessimisme avec lequel les laryngologistes, en général, traitent la tuberculose du larynx. L'auteur est loin de préconiser un traitement unique, médical ou chirurgical contre la phtisie du larynx. La plupart du temps, il a été obligé de combiner le traitement opératoire (curetage et résection partielle) avec le traitement médicamenteux et hygiénique. L'auteur nous décrit en détail l'histoire de six malades dont l'analyse détaillée ne nous paraît pas nécessaire, d'autant que chez deux des malades au moins la guérison a été absolument indépendante du traitement et pouvait être considérée comme affaire du hasard. Mais comme chez ces deux malades, l'affection pulmonaire a évolué après guérison de la laryngopathie, le pronostic de la laryngopathie a été une fois de plus indépendant de la bacillose générale. Nous apprenons de l'histoire du premier cas de l'auteur qu'à la clinique Fraenkel, on observe comme règle d'entreprendre le traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse seulement après une longue observation du malade, pour se rendre compte que la marche de l'affection n'est pas trop rapide. Dans les cas de phtisie galopante du larynx toute intervention est à déconseiller. LAUTMANN.

Le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx, par FINDER (*Berliner klinisch. Wochensch.*, n° 9, 1906).

La possibilité de la guérison de la tuberculose soit spontanément, soit par le traitement général seul ou combiné avec un traitement local est, aujourd'hui, généralement admise (exception, von Schroetter). Le traitement local consiste en l'emploi du menthol, de l'acide lactique, sulforicinate de phénol, l'acide trichloracétique, le formol, etc. La galvanocaustie est plus rarement employée et encore moins l'électrolyse.

Supérieur à ces traitements est le traitement chirurgical à condition de l'employer bien et dans des cas indiqués. Il est incontestable aussi qu'il faut compter avec une *vis sanatrix* particulière à chaque malade.

Pour le traitement chirurgical, il est important que la lésion

soit bien localisée et pas trop profonde. Il ne faut pas attaquer un larynx dont les fausses et les vraies cordes sont infiltrées et ulcérées, ou quand toute l'entrée du larynx est rigide par infiltration. Par contre, si la lésion consiste en une ulcération isolée de la paroi postérieure, ou si une seule corde est infiltrée et ulcérée, ou, si avec un larynx intact, l'épiglotte ou un pli aryépiglottique porte une lésion tuberculeuse ou, bien entendu, s'il s'agit d'un tuberculome l'opération est indiquée. Mais on ne peut pas formuler de schéma, l'habileté et l'habitude de l'opération laissent trop de variantes.

L'état des poumons ne paraît plus si important pour l'indication de l'opération que le font croire les manuels classiques. A part la cachexie et la fièvre, l'état général ne donne plus de contre-indication pour l'emploi de la curette et de la pince coupante.

Le rôle que joue la trachéotomie dans le traitement de la tuberculose laryngée est très controversé. Si Schmidt l'a conseillée comme intervention de règle, il a trouvé Henrici comme adepte tant qu'il s'agit de la phtisie laryngée chez les enfants, chez lesquels le traitement endo-laryngé est impraticable. Nous n'insistons pas sur le rôle prophylactique de la trachéotomie dans la sténose et la dysphagie, dans la laryngite tuberculeuse et nous nous contentons de mentionner la vue encore théorique de Kuthner sur l'emploi de la trachéotomie dans la laryngite compliquée de gravidité. La thyrotomie trouve un défenseur enthousiaste en Goris et en Hansberg. Quant à l'extirpation totale du larynx pour tuberculose, Gouguenheim a écrit en 1884 : « Probablement cette opération n'entrera jamais dans la pratique chirurgicale de la thérapeutique laryngienne ». Malgré quelques essais ce radicalisme ne semble pas avoir gagné les laryngologistes. LAUTMANN.

NOUVELLES

Congrès et Sociétés savantes.

Le Congrès International de rhino-laryngologie aura lieu, à Vienne, en 1908 sous la présidence d'honneur de M. le conseiller aulique Prof. V. Schrötter.

Règlement. **— Art. 1. : Le Congrès international de rhino-laryngologie se tient, à Vienne, du 21 au 28 avril 1908, à l'occasion du cinquantième anniversaire de la Société de rhino-laryngologie et de la solennité en l'honneur de Türk-Czermak.**

Art. 2 : Seront seules admises les communications d'un ordre scientifique. Une exposition d'instruments, préparations, etc..., sera également installée.

Art. 3 : Les titres des communications seront reçus par le secrétaire jusqu'au 31 décembre 1907 au plus tard.

Art. 4 : Les communications seront insérées au programme dans l'ordre de leur envoi Les communications envoyées après le 31 décembre 1907 s'inscriront après épuisement du programme arrêté à cette date

Art. 5 : Les langues officielles du Congrès sont l'Allemand, l'Anglais, le Français

Art. 6 : Il est accordé vingt minutes à chaque orateur pour faire sa communication. Dans la discussion, il est accordé cinq minutes pour la réponse et une seule fois pour la même communication.

Art. 7 : Un court résumé des rapports et communications rédigé dans une des trois langues admises sera envoyé au secrétaire, au plus tard, le 31 décembre 1907.

Art. 8 : Le montant de la cotisation est fixé à 25 couronnes ou 20 marks et doit être envoyé au trésorier, le Dr Gottfried Schaff, Vienne, I, Hobermarkt, n° 4, ou aux délégués des Sociétés laryngologiques. En échange de ce versement une carte de congressiste sera délivrée.

Art. 9 : Chaque congressiste recevra une médaille commémorative représentant les effigies de Türk et de Czermak.

Les non participants pourront se les procurer pour la somme de 20 couronnes.

Art. 10 : Chaque congressiste a droit au compte rendu imprimé.

Le secrétaire : Prof. Grossmann. IX, Garnisongasse, n° 10, Vienne.

Le président : Prof. O. Chiari, I, Bellariastrasse, n° 12, Vienne.

Nominations. — Distinctions honorifiques.

Administration générale de l'assistance publique à Paris.

Le prix *Filloux* (prix d'otologie) pour 1906 a été décerné à M. Baldenweck, interne des hôpitaux, et à M. Poyet, externe des hôpitaux.

L'académie de médecine a décerné le prix *Meynot 1906* à notre collaborateur M. Robert Leroux, pour son mémoire sur la *paralysie du spinal d'origine otique.*

OUVRAGES ENVOYÉS AUX *ANNALES*

Die Therapie chez Kehlkopftuberculose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokaustischen Tiefenstich und äussere Eingriffe, par Ludwig Grünwald, Lehmann, éditeur, Munich. 1907.

De la paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique, par Samuel Heyraud, *Th.* de Lyon, 1906, Rey, édit.

The cure of chronic suppuration of the middle ear without removal of the duem or ossicles or loss of hearing, par Ch.-J. Heath (Extr. de *The Lancet*, août 11, 1906).

Neuf cas d'extraction de corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branche glissante, sous l'examen radioscopique dans l'examen latéral, par Et. Henrard, Pollennis et Centerick, édit., Bruxelles, 1906.

Le Gérant : Masson et Cie.

SAINT-AMAND, CHER. — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.

TABLE DES MATIÈRES DE L'ANNÉE 1906

(32e VOLUME, 2e PARTIE)

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

Les titres des mémoires originaux sont composés en caractères gras.

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

Pages

Sinusites: Taptas, see last page

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE

Sociétés Savantes

American Lang. Asso, 1905, p 61
Amer. Lan. Scien. Of Socy 1905, p 577
S. Allemande d Lang, June 1905 p 49
S. Allem. d Allergie, June 1906 p 571
S. Autrichienne d Oto, June 1905 p 267
" " " Nov 1905 p 476
S. [illegible], June 1906 p 174
S. medicale, Berlin, Mch 1906 p 275
" " p 575
S. Française d Oto Lar, Feby
Mch, May 1906 p 271
[illegible] Feby 1906 p 166
S. Hongroise [illegible], Oct 1905 p 278
" " " Mch 1905 p 4[illegible]
[illegible] Ap 1905 p 132
S. [illegible] Oct 1905 p 40
[illegible] p 55
S. Paris [illegible] June 1905 p 171
" " [illegible] p 265.